

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 80

Travail de la Clinique Obstétricale de Lyon

AVORTEMENT GÉMELLAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Honoré DOUX

né à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône) le 6 Janvier 1900



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

AVORTEMENT GÉMELLAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 80

Travail de la Clinique Obstétricale de Lyon

AVORTEMENT GÉMELLAIRE



THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Honoré DOUX

né à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône) le 6 Janvier 1900



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinales.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	MARTIN (Etienne)
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance.....	MM. CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX	LEULIER	NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COMMANDEUR, président; TRILLAT, assesseur;
 RHENTER et DUNET, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Vous qui ne formez qu'un dans la vie et m'aimez avec la même âme, je ne saurais vous séparer dans la dédicace de ce travail, que je vous offre en faible témoignage de mon impuissante reconnaissance et de mon ardente affection.

A MA FEMME

La grande joie de ma vie.

A MON FRÈRE

En toute affection.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COMMANDEUR,

Professeur de Clinique Obstétricale

Officier de la Légion d'honneur

Il nous a été donné d'entendre ses
magistrales leçons; il nous a fait
l'honneur de nous inspirer ce travail
et d'en accepter la présidence; ce
sont là autant de titres à notre vive
et respectueuse gratitude que nous
sommes heureux de lui témoigner ici.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER,
Accoucheur des Hôpitaux

Toujours avide d'obliger, il a bien voulu nous guider dans ce travail et assurer notre plume; ajoutant à l'admiration suscitée par son enseignement fait de clarté et d'élégance, un profond sentiment de reconnaissance que nous le prions respectueusement d'agréer.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VORON,
Accoucheur des Hôpitaux

Par son excellent accueil, il a facilité nos recherches dans son service de la Maternité; nous l'en remercions respectueusement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PLAUCHU,
Accoucheur des Hôpitaux

Il nous a complaisamment remis son travail sur l'hydramnios aiguë. Nous le prions de croire à notre entière gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. CHALIER

Son souriant accueil, son extrême
obligeance resteront gravés dans
notre mémoire.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DIEULAFE,
De la Faculté de Médecine de Toulouse

Notre meilleur et respectueux sou-
venir.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAVRE,
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Ses causeries cliniques furent le
charme fécond de bien de nos mati-
nées.

A MES JUGES

AU DOCTEUR MOLINERY

Son accueil chaleureux, son dévoue-
ment nous sont un exquis souvenir.

AVORTEMENT GÉMELLAIRE

Introduction et historique

Il n'entre pas dans nos desseins d'étudier l'avortement gémellaire dans toutes ses modalités. La nature, en effet, quand elle se propose un but, est par trop riche en moyens. Voulant qu'une femme pût concevoir à la fois deux enfants, sans pour cela, croyons-nous, lui octroyer toujours un double plaisir, comme le laisse entendre Dionis : « Si le mari travaille avec trop d'ardeur à faire tomber un œuf, au lieu d'un, il en tombe deux ou trois, principalement quand il a une femme féconde, aussi sensible au plaisir et aussi emportée que lui » (*Traité général des accouchements*, 1721, p. 13), la Nature semble s'être complue à étaler la variété de ses procédés. C'est ainsi qu'elle donne à observer la gémellité, d'une part, dans un utérus normal, d'autre part, dans cet organe mal conformé. Ce muscle ne lui suffisant pas, elle nous offre encore des combinaisons : utérus et trompe, trompes seules, etc...

Nous n'envisagerons point, dans notre travail, toutes ces formes ; nous laisserons de côté les grossesses hétérotopes et traiterons seulement de l'avortement d'une grossesse gémellaire survenue dans un utérus normal.

Nous avons soigneusement exercé des recherches dans la littérature obstétricale : de nombreuses thèses, de nombreux travaux, ainsi qu'en témoigne notre bibliographie, s'occupent partiellement de notre sujet ; nous ne retrouvons, cependant, qu'une seule étude, dont l'objet se confonde avec le nôtre : celle que publièrent, en 1892, Maygrier et Demelin, dans les *Archives de Tocologie et de Gynécologie* (p. 81). Sous le titre « Etude clinique de l'avortement multiple et en particulier de l'avortement gémellaire », ces auteurs fournissent la genèse de notre travail. Nous ne saurions ne pas en donner un aperçu.

Maygrier et Demelin constatent tout d'abord (eux aussi) qu'il n'existe pas de travail d'ensemble sur l'avortement gémellaire. Par l'étude de quinze observations, ils se proposent de conférer à un tel accident une sorte d'autonomie clinique. Ils envisagent donc successivement les particularités présentées par la grossesse, l'avortement lui-même, la délivrance et ses complications et terminent par l'examen de la conduite à tenir dans les diverses éventualités.

Marche et diagnostic de la grossesse.

Leur première constatation est la fréquence de l'hydramnios, précoce et à marche rapide. Elle apparaît dès les premiers mois de la gestation, dès le troisième mois, augmente rapidement : « Généralement 10 ou 15 jours après son apparition, l'utérus, ne pouvant subir une distension plus grande, se révolte et des contractions utérines surviennent qui rendent l'avortement inévitable ».

Maygrier et Demelin, après avoir constaté leur ignorance étiologique vis-à-vis de ce développement précoce et rapide du liquide amniotique, notent cependant, dans deux de leurs observations, la coexistence d'une syphilis paternelle indubitable et insistent sur les relations de ces deux affections.

En ce qui concerne le diagnostic, ils font de cette complication un excellent signe de grossesse gémellaire et d'avortement imminent à peu près fatal. On la rencontre, disent-ils, *sept fois sur dix*.

Un autre signe permettant le diagnostic est fourni par le toucher. Celui-ci, dans certains cas, en effet, permet d'arriver sur une partie fœtale, sans interposition d'une couche liquide, sans distension du segment inférieur, alors que, par le palper, on trouvait manifestement une poche fluctuante et tendue dans le reste de l'utérus. MM. Tuachet et Budin l'avaient déjà signalé, mais à propos de grossesses avancées.

Les auteurs ne se dissimulent point, en terminant ce chapitre, la presque impossibilité d'un diagnostic certain avant le quatrième mois.

Description de l'avortement multiple.

A) Expulsion des jumeaux

Tantôt quelques minutes séparent leur naissance ; tantôt s'écoulent quelques heures, et même un ou plusieurs jours ; tantôt enfin, un premier fœtus est expulsé et la grossesse continue alors son cours, pouvant donner naissance à un enfant vivant et à terme. Cette dernière éventualité se produit surtout, disent Maygrier et Demelin, quand un des fœtus succombe au cours des premiers mois.

L'état des fœtus est très variable : ils peuvent être tous deux macérés, ou un seul d'entre eux, et l'autre vivant ; ils peuvent être tous les deux morts, ou un seul d'entre eux, et l'autre vivant ; ils peuvent être tous deux vivants, enfin, mais ils succombent très rapidement.

B) Délivrance

Les auteurs établissent une distinction entre la délivrance aux troisième et quatrième mois, et la délivrance aux cinquième et sixième mois.

a) Délivrance aux troisième et quatrième mois

Sur six avortement de cette catégorie, il y eut six fois rétention, et deux fois la mort est survenue par septicémie !

En réalité, Maygrier et Demelin s'en tiennent là, par trop au sens littéral du mot rétention ; sur ces six avortements, il n'y eut vraiment que trois rétentions, dont deux se terminèrent par la mort septicémi-

que. N'appellent-ils pas, en effet, rétentions, des expulsions spontanées de placentas retenus quelques heures dans la cavité utérine ?

b) *Délivrance aux cinquième et sixième mois*

La délivrance est ici, le plus souvent, spontanée. sur neuf cas recueillis, il n'y eut rétention qu'une seule fois.

Conduite à tenir dans l'avortement multiple.

1. — *Traitement prophylactique.*

Il est difficile, disent les auteurs ; cependant, on doit toujours l'essayer, quand les membranes sont intactes et surtout lorsque l'on a la certitude de la vie de l'enfant. (Repos au lit, lavements laudanisés, chloral, etc.)

2. — *Traitement de l'avortement inévitable.*

L'un des fœtus a été expulsé, suivi ou non de son placenta ; si l'on constate l'existence d'un œuf intact et non hydropique, et, a fortiori, si l'on a la certitude de la vie du second fœtus, on doit tenter l'arrêt du travail et continuer le traitement prophylactique.

Quant à l'expulsion des fœtus eux-mêmes, laisser faire la nature, à moins d'hémorragie grave menaçant les jours de la mère.

3. — *Traitement de la délivrance.*

A) AUX TROISIÈME ET QUATRIÈME MOIS

a) *Le col reste perméable.* — Expectative armée. Pratiquer toutes les deux heures une injection antiseptique.

b) *Le col n'est pas perméable.* — Dilatation et délivrance artificielles.

c) *La rétention existe depuis quelque temps déjà.* — Application du ballon excitateur de Tarnier, puis ballon de Champetier de Ribes, etc.

Maygrier et Demelin font enfin une remarque suggérée par leurs cas néfastes : dans les cas de septicémie, ils conseillent l'opération de Porro, s'inspirant de la conduite de Skutch d'Iéna (*Cent. f. Gyn.*, 1888, n° 1, p. 12), et de la discussion survenue à la Société Obstétricale dans sa réunion de mai 1890 (*Bull. de la Soc. Obst. et Gyn.*, 8 mai 1890).

B. AUX CINQUIÈME ET SIXIÈME MOIS

Ils conseillent la même ligne de conduite que dans les accouchements à terme.

Nous nous abstiendrons, dans ce chapitre, d'apprécier ce remarquable travail. Voici 33 ans, cependant, qu'il a paru, et on verra, par la suite, qu'il n'est pas superflu de reprendre la question de l'avortement gémellaire. Est-ce à dire qu'avant 1892 et après cette

date, les accoucheurs s'en soient désintéressés ? Certainement non ; seulement, comme Maygrier et Demelin, comme nous-même, ils n'ont pas manqué d'être frappés par l'extraordinaire fréquence de l'hydramnios aiguë dans l'avortement gémellaire, et se sont attachés, semble-t-il, à élucider cette complication de la grossesse gémellaire. Par là, avec ce seul, mais vaste objectif, ils sortent de notre sujet ; par là aussi, ils y rentrent accessoirement, mais *nécessairement*, et l'éclairent même dujour le plus vif.

On ne s'étonnera donc pas qu'au cours de notre travail, nous ayons été souvent obligé de faire appel aux résultats de leurs recherches ; on ne sera point surpris, non plus, de notre bibliographie.

Sans faire, ici, l'historique de l'hydramnios aiguë, nous ne saurions terminer ce chapitre sans citer, tout en demeurant dans notre cadre, l'important travail de M. Plauchu (1), la thèse de M. Marcel Béquain (2), inspirée par M. le Professeur Commandeur, et la thèse récente de M. J. Réglade (3), inspirée par M. le Professeur Brindeau.

-
- (1) PLAUCHU. — De l'hydramnios précoce et des difficultés de son diagnostic. In *Lyon Médical*, 22 mars 1908.
(2) BÉQUAIN. — *Thèse de Lyon*, 1910. De l'hydramnios précoce dans les grossesses gémellaires.
(3) RÉGLADE. — *Thèse de Paris*, 1920. Contribution à l'étude de l'hydramnios aiguë au cours de la grossesse gémellaire univitelline.

CHAPITRE II

Recherches personnelles Observations

Nos recherches personnelles n'ont eu d'autre but, on le conçoit, que d'apporter le plus grand nombre possible de documents.

Du travail de Maygrier et Démelin, nous n'avons retenu que deux observations ; en dehors de leur étude, nous nous sommes efforcé de réunir la plupart des faits, publiés dans la littérature obstétricale, ayant trait *pratiquement* à l'avortement gémellaire. Nous devons ici une explication.

En effet, presque tous les faits ainsi colligés ont été étiquetés par leurs rapporteurs « *cas d'hydramnios aiguë à marche rapide* », et mentionnent des interventions qui hâtèrent l'avortement. Il y a là, semble-t-il, une double raison pour les rejeter de notre travail. En réalité, comme nous l'avons dit plus haut, ils font partie intégrante de notre sujet. Ne savons-nous pas, grâce aux travaux parus sur l'hy-

dramnios aiguë, qu'une telle complication de la grossesse gémellaire, constitue le phénomène avant-coureur d'un avortement fatal à brève échéance, et que les interventions, commandées par des symptômes fonctionnels alarmants, n'ont d'autre effet que de devancer la nature ?

A ces observations, fournies par la littérature, nous en joignons d'autres relevées par nos soins dans les services de la Clinique obstétricale de Lyon et de la Maternité de la Charité.

Nous pouvons présenter 43 observations, qui nous permettront peut-être de dégager la physionomie actuelle de l'avortement gémellaire.

OBSERVATION I

(Noël DUMARAIS, *Résumé, in thèse de Réglade, Paris, 1920*)

Femme se disant enceinte de 5 mois dont le ventre est plus volumineux que celui d'une femme à terme.

Dumarais croit à grossesse compliquée d'ascite. Devant la gravité des accidents, et après avoir hésité, il ponctionne à la hauteur de l'ombilic. Il s'écoule alors un liquide fluide avec un peu de sang. Un corps se présente à l'ouverture de la canule : il fut repoussé avec une sonde cannelée; mais la proportion de sang augmenta; on fut obligé d'interrompre la ponction; on retira la canule après avoir enlevé le tiers du liquide. La malade est soulagée. 15 jours après, les accidents reparaissant, l'auteur pense à grossesse et temporise. Accouchement 21 jours après : 2 fœtus qui vivent plusieurs heures. Un seul placenta.

(*Journal de Sédillot, T. VI.*)

(J. Réglade. *Contribution à l'étude de l'hydramnios aiguë au cours de la grossesse gémellaire univitelline*),

OBSERVATION II

(Résumée, in thèse de Réglade, Paris, 1920)

IV^e pare, 28 ans, se croyant enceinte de 4 à 5 mois, 15 jours auparavant, point de côté dans hypochondre droit.

Peu à peu, le volume du ventre augmente et de la dyspnée se montre. Les douleurs abdominales sont violentes. Léger œdème des membres inférieurs. Tension abdominale énorme. Le jour suivant, cyanose et oppression. Diagnostic hésitant entre ascite et grossesse; l'auteur se rallie au premier et ponctionne à 30 centimètres au-dessus de la symphyse, à 18 c/m à gauche de l'ombilic. Il retire 15 litres de liquide hypertendu qui s'arrête immédiatement. La malade est soulagée, mais seule le côté gauche du ventre s'est affaissé, le côté droit reste tendu. Les jours suivants, le côté gauche reste affaissé, le droit augmente de volume. Deuxième ponction à droite; on retire 20 litres de liquide. Le jet s'arrête brusquement. Le lendemain, expulsion de deux jumeaux de 4 à 5 mois « l'un rouge sombre; l'autre pâle et décoloré ». Placenta unique.

(Lambl. *Centralblatt für Gynæk*, 1881).

Remarque. — L'auteur ne précise pas s'il s'agit d'une grossesse bivitelline; mais l'histoire clinique doit faire admettre soit une bivitelline, soit au moins une biamniotique.

(OBSERVATION III

(R. WILSON)

Mme M..., 32 ans, secondipare, me consulta dans le sixième mois de sa grossesse, en mars 1882, à cause d'une hémorragie. La dernière menstruation avait eu lieu en octobre 1881. En l'examinant, je trouvai l'abdomen très développé pour cette époque de la grossesse, le fœtus petit et très mobile dans une grande quantité de liquide amniotique. Deux semaines après, je provoquai l'avortement parce qu'il était apparu subitement des symptômes assez graves : oppression, œdème, pertes

de forces et qu'on n'entendait pas les battements du cœur fœtal. Il s'écoula un seau d'eau et de sang. Il y avait deux enfant du sexe féminin. De ces deux jumeaux, l'un était plus développé et plus œdématié que l'autre.

Hydramnios de la cavité amniotique de l'un des enfants, le plus gros. Le cœur et les reins de ce dernier étaient hypertrophiés et remplis de corpuscules sanguins blancs et rouges et particulièrement le côté gauche du cœur.

(R. Wilson. *The American Journal of Obstetric*, 1897).

OBSERVATION IV

(H. P. C. et R. WILSON, *Résumée*)

Mme P. H., 31 ans, mariée, mère de six enfants vivants. Enceinte pour la septième fois, sa nouvelle grossesse se passe sans incidents pendant cinq mois. A cette époque des phénomènes inquiétants d'hydramnios aiguë poussent la malade à consulter. H. P. C. et R. Wilson se trouvèrent fort embarrassés pour émettre un diagnostic, tant les symptômes qu'ils constataient étaient impressionnants. Ils penchèrent pour un kyste de l'ovaire avec grossesse, ou pour une hydramnios. « Nous décidâmes alors une incision exploratrice abdominale. En cas d'ascite ou de kyste, le liquide serait ainsi enlevé; en cas d'hydramnios, on fermerait l'ouverture, et on romprait les membranes. Le lendemain 12 juillet, la malade était exténuée, extrémités froides, yeux caves, traits tirés, pouls faible et très petit; on la remonta le mieux possible et on l'opéra. » Après ouverture, non sans difficulté, ils reconnurent qu'ils avaient affaire à un utérus gravide avec hydramnios très prononcée. Ils refermèrent l'incision et rompirent les membranes, d'où il s'écoula une véritable avalanche de liquide, environ 7 gallons.

A 8 heures du soir, le même jour, la malade expulsa deux fœtus morts. Un placenta unique avec deux amnios et un seul chorion. Le plus gros des 2 enfants naquit le premier, sa poche des eaux étant rompue; le deuxième enfant fut ex-

pulsé dans sa poche intacte avec deux pintes de liquide amniotique.

Le 20 juillet, la malade quittait l'hôpital complètement guérie.

(In thèse de Marcel Béquain, Lyon, 1910. De l'hydramnios précoce dans les grossesses gémellaires).

OBSERVATION V

(M. GREEN, *Résumée*)

Mme X..., 29 ans, VI^e pare.

Les cinq grossesses antérieures furent normales et firent de cette femme une mère de cinq filles, qui pesèrent à leur naissance de 8 à 10 livres 1/2.

Les dernières règles datent du 27 octobre 1882. En février 1883, la malade croit ressentir les mouvements de son enfant. Son ventre est déjà celui d'une grossesse à terme. Donc hydramnios très probable dès le troisième mois.

Les symptômes s'aggravant, le 21 mars, Green provoque le travail et rompt les membranes. Issue d'une grande quantité de liquide. Trois quarts d'heure après, apparition des contractions qui continuèrent pendant la nuit. La malade, soulagée, dort cette nuit-là entre les douleurs; il y avait un écoulement constant de liquide.

Deux jours plus tard, deux garçons furent expulsés à un quart d'heure d'intervalle; puis issue d'un placenta unique, pesant une livre et une once; il était de structure normale.

Il y avait un chorion et, sans doute, deux amnios; mais la paroi intermédiaire était en partie atrophiée; ce qui restait de ce septum avait la forme d'une faux. Guérison rapide.

(In thèse de Marcel Béquain, Lyon, 1910. De l'hydramnios précoce dans les grossesses gémellaires).

OBSERVATION VI
(CLAVAUD-RIBOURJON)

Marie G., 29 ans, entre le 12 mars 1883, salle Sainte-Anne.

Rien à signaler dans ses antécédents. Pas de gémellité dans sa famille. Réglée à 15 ans; toujours régulièrement depuis. N'a eu qu'un seul rapport avec le père de son enfant, le 18 septembre.

Vers le troisième mois de sa grossesse, son ventre, dit-elle, a beaucoup grossi et a continué à le faire. Elle entre à l'hôpital parce que souffrant violemment des reins.

Le 12 mars au soir, on l'examine.

On est tout d'abord frappé du volume et de la distension de l'abdomen. On sent à la surface de l'utérus, de petites bosselures qui sont des fibromes utérins; au palper, on a la sensation d'une forte tension. A raison de la grande quantité de liquide, on ne peut sentir qu'un faible ballottement céphalique, dans l'hypochondre droit. Du côté gauche, on sent un plan résistant et, dans l'excavation, une masse dure et douloureuse qu'on croit être une tête.

Au toucher, on arrive sur l'orifice du col qui est dilaté à 5 francs. On sent une tête qui se présente en OIGA; en arrière, dans la concavité du sacrum, on sent une autre extrémité. Auscultation négative. La dilatation est complète à 11 heures du matin.

Poche des eaux saillante, bosselée, assez résistante; une tête se présentant, on rompt artificiellement les membranes; il s'écoule une quantité considérable de liquide. La tête étant retenue par les parties molles et les contractions utérines étant insuffisantes, on fait une application de forceps. On extrait un fœtus vivant pesant 1 kilogr. Une deuxième poche des eaux se rompt spontanément, et un deuxième fœtus se présente par le siège. On procède à son extraction qui a lieu facilement. Il pèse 900 gr. et est vivant. La délivrance se fait normalement, quinze minutes après l'extraction du second fœtus. Le placenta est unique, et une cloison médiane forme deux œufs.

(Clavaud-Ribourjon. *Contribution à l'étude clinique de l'hydramnios. Thèse de Paris, 1890.*)

OBSERVATION VII

(MAYGRIER)

(Grossesse de cinq mois. Hydramnios précoce à marche rapide. Avortement gémellaire. Délivrance artificielle).

Le 17 mars 1884, le Docteur Maygrier est appelé auprès de Mme D..., primipare, arrivée au cinquième mois de sa grossesse. Cette femme a remarqué que, depuis quelques jours, son ventre prenait rapidement un volume considérable et elle a, en même temps, ressenti des douleurs assez vives et continues dans tout l'abdomen, douleurs dues évidemment à la brusque distension des parois utérine et abdominale.

L'examen révèle, en effet, un utérus énorme, étant donné l'âge de la grossesse. La paroi abdominale est lisse et tendue, le fond de l'utérus remonte à deux ou trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Au palper, on perçoit très nettement la sensation de flot et on fait balloter de petites parties fœtales qui disparaissent sous les doigts. L'auscultation est absolument négative. Le col présente des modifications notables, il est presque effacé, déhiscent, l'orifice externe étant légèrement entr'ouvert; le segment inférieur est tendu et manifestement fluctuant, pas de parties fœtales accessibles au toucher. On porte le diagnostic d'hydramnios précoce à marche aiguë, avec menace d'avortement.

A partir du 17 mars au soir, les douleurs s'accroissent et prennent alors le caractère intermittent des contractions utérines. Le col commence à se dilater. Malgré des lavements laudanisés et le chloral, le travail continue. Les douleurs sont de plus en plus aiguës, intolérables. La dilatation ne marche que lentement. Elle n'est complète que dans la nuit du 19 mars, où les membranes se rompent brusquement, laissant s'écouler une énorme quantité de liquide.

Expulsion rapide de deux jumeaux mort-nés, non macérés, âgés de cinq mois environ.

La délivrance tarde. Au bout d'une heure, le placenta n'étant pas décollé, on craint que le col ne se referme et

n'emprisonne dans l'utérus un placenta volumineux, et on pratique la délivrance artificielle; il y a, en quelques points, des adhérences peu solides. La masse est unique. Il y a deux poches séparées par une cloison purement amniotique. On apprend plus tard que le père avait eu la syphilis.

(Archives de tocologie, 1892).

OBSERVATION VIII

(CLAVAUD-RIBOURJON, *Résumée*)

Joséphine G..., III^e pare, 23 ans, entre le 8 février 1885, à 9 heures du matin, à la salle de travail.

Bien constituée.

Deux accouchements prématurés à sept mois; le premier enfant a 27 mois, le deuxième enfant a vécu deux jours.

Dernières règles le 25 septembre 1884.

Sa grossesse actuelle n'aurait, jusqu'ici, offert aucune complication.

Le 8 février 1885, à 9 h. 1/2 du matin, apparaissent les premières douleurs. Rupture spontanée d'une poche des eaux à 10 h. Expulsion d'un garçon macéré de 390 gr.

Rupture d'une deuxième poche des eaux à 10 h. 1/4 et expulsion d'un nouveau garçon de 400 gr. Ce nouveau-né succombe quelques instants après sa naissance.

La masse placentaire est unique avec une cloison médiane.

Le liquide amniotique de la première poche est rosé ; celui de la deuxième est de couleur normale, mais en très grande quantité.

(Clavaud-Ribourjon. *Thèse de Paris*, 1890).

OBSERVATION IX

(LEPAGE, *Résumée*)

Femme C..., 34 ans, V^e pare. Dernières règles le 18 janvier 1886. Le 14 avril, elle voit son ventre grossir rapidement et continuellement. Elle entre à la Maternité de Lariboisière le

23 juin 1886. Elle présente une gêne très grande de la respiration, une constipation opiniâtre, des urines plutôt rares et se plaint de douleurs dans les hypocondres.

M. Pinard pratique, le 1^{er} juillet, une ponction qui donne issue à 5 litres de liquide citrin. On voit, alors, l'utérus se contracter et immobiliser le trocart; puis au fur et à mesure que l'évacuation continue, un examen obstétrical devient possible et permet de diagnostiquer une grossesse gémellaire avec hydropisie d'un œuf.

Le 20 juillet, à 4 h. du soir, a lieu l'expulsion d'un fœtus ascitique, œdédié et pesant 1.450 gr.; un second fœtus macéré et à grosse tête est mis au monde presque aussitôt.

La délivrance se produisit spontanément à 6 h. et demie. Les suites de couches furent normales.

(*Annales de Gynécologie*, 1886).

OBSERVATION X

(TILLAUX, *Résumée, in thèse de Réglade, Paris, 1920*)

V^e pare, 37 ans. Entre à l'hôpital avec un ventre énorme; elle peut à peine respirer. Se croit enceinte de 7 mois. Le diagnostic était hésitant, car son entourage l'accusait d'avoir depuis longtemps un ventre gros. On constate qu'il s'agit de tumeur liquide et on pense à un kyste de l'ovaire. Les phénomènes d'oppression, d'occlusion intestinale et les phénomènes sympathiques augmentant, l'intervention est décidée. On fait une ponction au trocart. Un liquide transparent de couleur jaunâtre s'écoule; son absence de viscosité fait penser à du liquide amniotique. Pendant la ponction, Tillaux perçoit un mouvement qui lui semble d'origine fœtale et une contraction utérine; il arrête l'évacuation au bout de 7 litres et interrompt les contractions utérines avec une piqûre de morphine. Lavement laudanisé. L'accouchement se produit seulement un mois après. Deux jumeaux vivants de six mois sont expulsés. Un seul placenta qui n'est pas examiné.

(*Gazette des Hôpitaux*, 1886).

OBSERVATION XI

(SCARPA, *Résumée*)

Jeanne Beccali, 30 ans, V^e pare, présente en décembre 1886 les premiers signes d'une nouvelle grossesse. A partir de cette époque, douleur obtuse continuelle dans toute la circonférence du ventre et plus gênante dans les lombes.

En dépit d'une saignée « excessive et portée jusqu'à la syncope » la malade n'en continue pas moins à souffrir et voit son ventre se tuméfier avec une telle rapidité qu'au cinquième mois elle paraissait être parvenue au terme de sa grossesse. En même temps, un œdème qui partit des pieds s'installe et envahit les jambes, les cuisses, les fesses, les lombes et les parties génitales. Elle présente, en outre, des vomissements, des urines rares, rougeâtres et accuse des nausées et une soif inextinguible.

Ce tableau ne fait qu'empirer jusqu'au sixième mois, date à laquelle Scarpa l'examine. Il conclut à une grossesse ; d'autre part : « la présence incontestable des eaux épanchées dans le ventre, compliquée ou non d'hydropisie utérine, une grossesse concomitante et par-dessus tout, le danger imminent de suffocation à laquelle la malade se voyait exposée, me déterminèrent à pratiquer immédiatement la paracentèse de l'abdomen, de préférence à la ponction de l'utérus, car il n'était pas démontré que la matrice fût le siège d'une hydropisie. » Scarpa pratiqua donc une paracentèse abdominale. Il en sortit 23 à 30 litres de liquide et, le lendemain, les douleurs de l'accouchement se déclarèrent. Les membranes se rompirent spontanément sous leur influence, les eaux : « s'échappèrent en si grande abondance que, de l'avis de l'assistance, leur poids fut évalué à 15 livres » Deux fœtus de la taille de fœtus de 6 mois furent expulsés peu après et succombèrent aussitôt.

(Scarpa. *Opusculi di Chirurgico*, 1825, p. 181).

OBSERVATION XII

(MAYGRIER)

Grossesse gémellaire. — Hydramnios aiguë. — Avortement à cinq mois et demi. — Hémorragie. — Délivrance artificielle.

Le 17 mars 1888, à minuit, le Docteur Maygrier est appelé près de Mme H..., enceinte pour la deuxième fois, arrivée, dit-elle, au quatrième mois et demi de sa grossesse, perdant son sang et des caillots depuis quelques jours, et ayant actuellement une hémorragie plus abondante.

Depuis huit à dix jours, le ventre a augmenté brusquement et rapidement de volume; depuis deux jours surtout, il a pris un accroissement considérable et de vives douleurs se sont fait sentir. Enfin, il y a une montée de lait dans les seins; de plus, le père est un syphilitique ancien; toutefois, le premier enfant est né vivant et à terme.

L'examen montre un ventre énorme pour quatre ou cinq mois de grossesse; l'utérus, en effet, a le volume d'un utérus à huit mois. Le palper donne une sensation de flot des plus nettes. En interrogeant minutieusement la femme, on acquiert la certitude que les douleurs accusées par elle tiennent principalement à la distension brusque de l'abdomen, causée par la production d'une hydramnios aiguë. L'auscultation est nulle.

A l'arrivée de M. Maygrier, l'hémorragie est arrêtée. Le toucher vaginal ne révèle aucun début de travail, le col est long et fermé. On ordonne le repos, des calmants (laudanum, chloral et l'antisepsie vaginale).

Le diagnostic porté est : grossesse de quatre à cinq mois; hydramnios aiguë, décollement prématuré de l'œuf et mort probable du fœtus; l'hypothèse d'une grossesse gémellaire avec hydramnios précoce est également envisagée.

Dans la soirée du 18 mars, M. Maygrier est appelé de nouveau en toute hâte dans les conditions suivantes : Mme H... est en travail depuis plusieurs heures; la dilatation étant complète, la poche des eaux s'est rompue spontanément et

une quantité très abondante de liquide s'est écoulée. Une hémorragie s'est déclarée en même temps.

Le Docteur L..., présent, va à la recherche du fœtus qui se présente par le siège, et en fait l'extraction manuelle; peu après, un petit jumeau se présente et est extrait de même. Le sang continuant à couler, il cherche à faire la délivrance artificielle. A son arrivée, le Docteur Maygrier trouve le placenta en partie décollé. L'hémorragie persistant, il introduit assez facilement la main dans l'utérus, et en extrait un placenta qui est unique avec ses membranes. La perte cesse.

Injectons chaudes. Alcool, etc. Suites normales.

L'examen des fœtus a démontré que le début de la grossesse devait remonter à cinq mois et demi environ.

(Maygrier et Demelin. *Etude clinique de l'avortement et en particulier de l'avortement gémellaire. Archives de tocologie et de gynécologie*, 1892, p. 81. *Observation XV*).

OBSERVATION XIII

Mme S..., IX^e pare, 33 ans, a senti remuer le 5 octobre.

Le 6, la malade à une violente émotion et voit son ventre augmenter de volume. Le 15, elle appelle le médecin qui constate que le volume de son ventre correspond à celui d'une grossesse à terme. La malade a de la dyspnée, des palpitations et douleurs lombaires violentes. Abdomen très tendu. Une consultation a lieu le 17. On porte le diagnostic de grossesse avec hydramnios et on ponctionne les membranes par le vagin. 5 litres 1/2 de liquide s'écoulent. L'accouchement de 2 jumeaux a lieu le lendemain matin. Placenta unique, chorion unique, amnios double. Circulations placentaires entre les veines des deux fœtus.

(Humphreys, *Lancet*, 1888).

OBSERVATION XIV

(Résumée, in thèse de Réglade, Paris, 1920)

VII^e pare, 32 ans. Au quatrième mois, le ventre prend un développement insolite, coexistant avec des douleurs abdominales. L'appétit et le sommeil disparaissent vers le sixième mois; volume du ventre énorme. On ne perçoit pas les bruits du cœur, la mère ne sent pas remuer. La malade ne peut prendre aucune position, ne peut manger, ni dormir. Elle présente des varices des membres inférieurs et de la vulve. Le travail commence deux jours après, vers 6 mois. A dilatation complète, on rompt les membranes; il s'écoule un peu de liquide. Premier enfant : siège. Deuxième poche des eaux bien tendue et rompue; il s'écoule 8 litres 1/2 de liquide. Deuxième enfant : sommet. A ce moment-là se montre de l'inertie utérine; on délivre la femme artificiellement. Il s'ensuit hémorragie de 1.500 grammes.

Placenta : 900 grammes, un chorion, deux amnios. Insertion du cordon normale dans l'œuf normal, vélamenteuse dans l'œuf hydramniotique. Anastomose des 2 circulations. Poids du premier enfant normal : 970 grammes. L'hydramniotique pèse 1.190 grammes.

(Maygrier, *Journal d'Obstétrique*, 1897).

OBSERVATION XV

(Résumée, in thèse de Réglade, Paris, 1920)

IV^e pare, 22 ans, femme enceinte de 4 mois environ et dont le ventre commence à augmenter de volume.

Vers le cinquième mois, elle commence à ressentir des douleurs dans le ventre et de la dyspnée; son utérus mesure 49 centimètres. Ventre tendu. On ne perçoit pas de partie fœtale, l'auscultation est négative. Accouchement spontané au terme de 5 mois : 875 grammes de liquide sont expulsés avec un fœtus de 680 grammes. Le placenta suit et dans les membranes on trouve un autre fœtus mort de 610 gram-

mes ; il est œdématisé. Un placenta. Deux poches amniotiques. Fœtus du même sexe. Anastomose des 2 circulations fœtales, mais profondément.

(Lamoureux, *Société d'Obstétrique, Paris, 1899*).

OBSERVATION XVI

(Résumée, in thèse de Réglade, Paris, 1920)

III^e pare, 25 ans; 2 grossesses précédentes à terme.

Les accidents primitifs se montrent vers le quatrième mois. On ne perçoit pas de partie fœtale. Auscultation négative. Ventre tendu. Dysurie; constipation. Vomissements. Œdème léger des membres inférieurs.

Au toucher, col entr'ouvert. Deux jours après, le travail se déclare et quand la dilatation est complète, on rompt les membranes qui laissent échapper 14 litres de liquide; 2 fœtus masculins se suivent, l'un de 490 grammes hydramniotique, l'autre de 380 grammes, ici liquide normal. Le premier présente cœur volumineux et malformation du membre inférieur droit. Le placenta univitellin pèse 620 grammes.

(Keim, *Société d'Obstétrique, Paris, juillet 1899*).

OBSERVATION XVII

(ARZAC, *Résumée*)

Mme M..., 25 ans, secondipare. Ses dernières règles datent du 19 octobre 1900. Vers le 15 mars, elle voit son ventre grossir. Une sage-femme consultée, essaye de la rassurer, en lui disant qu'elle a dû se tromper sur la date de ses dernières règles.

Les symptômes qui l'inquiétaient se faisant plus importants, Mme M..., voit, le 10 avril, un médecin, membre de sa famille. Celui-ci pense à une hydramnios à marche rapide et, estimant que sa parente pouvait voyager, il lui conseille d'aller à Bordeaux pour se faire examiner,

C'est ce qu'elle fit, car, le 13 avril, MM. les Professeurs agrégés Fieux et Chevannay, M. le Professeur Lefour, réunis en consultation, font un diagnostic de grossesse de cinq mois coïncidant avec un kyste de l'ovaire et décident de l'opérer.

Le 23 avril, laparotomie médiane sous-ombilicale qui fait conclure à une grossesse simple avec hydramnios. Ces messieurs firent alors une ponction de l'utérus au niveau du segment inférieur. Cette thérapeutique donna issue à 10 litres de liquide amniotique. Après l'arrêt d'un tel écoulement, l'utérus n'en persista pas moins à faire montre d'un volume encore considérable. D'où un troisième diagnostic de grossesse gémellaire avec hydropisie de l'un des œufs.

Les suites opératoires furent bonnes; mais, à dater de ce moment, la femme ne perçut plus de choc fœtal et l'auscultation fut toujours négative.

Le 29 avril, Mme M..., avorta de 2 fœtus du sexe féminin, bien conformés, mais tous deux macérés. L'un des deux fœtus complètement macéré paraissait être mort quelques jours avant l'autre.

La délivrance, naturelle, suivit, quelques instants après l'avortement.

(Arzac. Conduite à tenir dans l'hydramnios à marche rapide).

OBSERVATION XVIII

(Résumée, in thèse de Réglade, Paris, 1920)

1^{re} pare, 23 ans, atteinte d'insuffisance mitrale.

Les premiers accidents d'hydramnios se montrent à 4 mois 1/2. Ce sont des douleurs dans le bas-ventre. Cuissons anales dues à des hémorroïdes. Utérus dur et tendu remonte à 4 travers de doigt de l'appendice xyphoïde. On perçoit les mouvements actifs, mais on n'entend pas les bruits du cœur.

8 jours après, le travail se déclare. La poche des eaux bombe à la vulve, on la rompt : premier fœtus expulsé, mort et momifié, de 300 grammes; 5 circulaires du cou. Li-

quide de volume normal. Deuxième poche des eaux fait saillie; on la rompt, il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique normal; deuxième fœtus du sexe masculin vivant. Troisième poche des eaux se rompt spontanément évacuant ilquide de volume et aspect normaux. Troisième fœtus de 720 grammes. Délivrance naturelle 1 heure après. Placenta unique de 600 grammes et, sur sa face fœtale, anastomoses volumineuses, 3 cavités amniotiques.

(Thoyer-Rozat, *Société d'Obstétrique, Paris*, mars 1903).

OBSERVATION XIX

III^e pare, 23 ans. Entre à Tarnier parce que son ventre a augmenté brusquement de volume depuis 5 jours. Elle est enceinte de 5 mois environ. La malade est pâle, amaigrie. Abdomen plus gros qu'il ne devrait, étant donné l'âge de la grossesse. La fluctuation est nette. Auscultation négative. On ne perçoit pas de partie fœtale. Les jours suivants, l'utérus augmente de volume pour passer de 24 à 31 centimètres en 8 jours. Œdème dans les flancs et au niveau des lombes. Malade agitée, dort peu. Oligurie marquée. Budin fait la ponction de l'œuf par voie vaginale. Il s'écoule 8 litres d'eau. L'utérus ne remonte plus qu'à 21 centimètres au-dessus de la symphyse. La circonférence de l'abdomen est descendue de 90 à 66 centimètres. L'accouchement tardant à se produire, pour éviter l'infection, on entre dans le col 2 grosses lamineaires. Quatre jours après, expulsion de 2 fœtus masculins vivants de 330 à 290 grammes. Le lendemain, on est obligé d'aller décoller le placenta retenu dans l'utérus qui s'était refermé. Placenta, 350 grammes. Insertion vélamenteuse du cordon hydramniotique.

(Bouchacourt et Valency, *Société d'Obstétrique, Paris*, juin 1904).

OBSERVATION XX

*Recueillie par nos soins à la Maternité de la Charité (1904),
Service, à l'époque, de M. le Professeur Commandeur.*

Mme Alexandre T..., 31 ans, IV^e pare, entre à la Maternité le 27 juin 1904. Ses dernières règles datent du 10 décembre.

Les trois grossesses antérieures se terminèrent par des accouchements normaux et à terme. Les deux premiers enfants sont vivants, le troisième, nourri au biberon, est mort à deux mois de choléra infantile.

Au deuxième mois de la grossesse actuelle, la malade ressentit une douleur constante au niveau du creux épigastrique; le 16 juin, cette douleur devint subitement très vive, obligeant la malade à garder le lit. Son ventre augmenta, alors, rapidement, de volume; en même temps, Mme T... commença à souffrir d'une pénible sensation de ballonnement.

A dater de cette époque, agitation continuelle, avec angoisse; alimentation uniquement liquide.

Pas de vomissements. Sur les conseils des trois docteurs, elle entre à la Charité où elle est admise à la première infirmerie, où on l'examine.

Mme T... se plaint de souffrir du ventre et d'être gênée pour respirer. Elle n'a pas de température, mais son pouls est accéléré et bat à 120. Elle ne vomit pas et n'a jamais présenté de pertes rouges.

A l'inspection, on note : une saillie médiane du ventre, à grand axe longitudinal, dessinant assez nettement la forme de l'utérus. La paroi abdominale est tendue, luisante, avec une circulation veineuse très développée.

Par le palper, on obtient aisément une sensation de flot; on perçoit sur la ligne médiane des parties fœtales; il est cependant impossible de préciser la position ou de se rendre compte s'il s'agit là d'une grossesse gémellaire.

Le toucher donne les renseignements suivants : Col très ramolli sur toute sa longueur, largement perméable à un doigt. Le segment inférieur n'est pas distendu; les culs-de-sac sont vides.

Mme T... urine seule,

Rien au cœur.

Le foie paraît normal.

Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs.

Le 27 juin, au soir, le volume du ventre a augmenté notablement. La malade ne s'est pas reposée la nuit précédente. L'état général est franchement plus mauvais. Aussi fait-on passer Mme T... à la Maternité, où elle arrive à 7 heures du soir.

Le 28 juin, au matin, la malade a le visage angoissé. Sa dyspnée a augmenté, son pouls est toujours à 120, mais le volume du ventre s'est encore accru. La tension abdominale est très forte et la circulation veineuse toujours très développée.

La hauteur utérine est de 38 centimètres.

Au toucher : le segment inférieur, aminci, n'est pas très tendu; néanmoins, la fluctuation y est transmise par une simple chiquenaude sur la paroi abdominale. On arrive aisément avec le doigt sur le pôle inférieur de l'œuf qui est souple et facilement accessible.

Devant l'aggravation de l'état général, on se décide à faire une ponction de l'œuf. Il s'en écroula trois litres 600 de liquide amniotique de couleur normale.

La malade se sent immédiatement soulagée et perd son masque d'angoisse. Le pouls est à 98. La hauteur utérine n'est plus que de 27 centimètres.

Le 2 juillet, Mme T... expulse successivement deux garçons à quelques minutes d'intervalle. Ces nouveau-nés présentent respectivement : le premier 770 gr., le deuxième 650 gr. Ils ne vécurent que quelques heures.

La délivrance se produisit spontanément 16 minutes après l'expulsion du deuxième jumeau.

La durée du travail fut de deux heures et demie.

Les suites de couches furent satisfaisantes.

Examen de l'arrière-faix :

Il s'agit d'une grossesse univitelline biamniotique.

Le cordon du premier œuf (œuf hydramniotique) s'insère au ras de la cloison à laquelle il est retenu par un repli en forme de méso. En s'épanouissant, ses branches cheminent

sur la cloison et paraissent se distribuer en partie à la masse placentaire du côté opposé; bien que, cependant, à la simple inspection, il soit impossible de reconnaître d'une façon certaine une anastomose entre les deux circulations.

Le deuxième cordon a une insertion marginale presque vélamenteuse au point opposé. Il est retenu, lui aussi, aux membranes par un court méso; ses branches s'épanouissent en fourche, mais en apparence son territoire de distribution est bien moins considérable que celui du premier cordon.

Le cordon du premier œuf est plutôt maigre; celui du deuxième œuf est gros, gélatineux et court.

OBSERVATION XXI

Cette observation nous a été obligeamment communiquée par M. le Docteur Plauchu. Elle a été publiée dans son travail sur l'hydramnios précoce à marche rapide, paru dans le « Lyon Médical » du 22 mars 1908.

A. J..., 29 ans, II^e pare, ne présente rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels. Ses règles sont habituellement régulières et sa santé est en général excellente. L'interrogatoire et l'examen ne dénotent rien au point de vue des stigmates de la syphilis; cependant la première grossesse a été interrompue au troisième mois par un avortement survenu sans cause apparente. Pas de chute de cheveux, pas de maux de tête, ni de maux de gorge. Aucune éruption cutanée, aucune lésion des muqueuses.

Le mari interrogé dit n'avoir eu que la blennorrhagie.

La grossesse actuelle a débuté vers le 20 janvier 1906, lese dernières règles ayant eu lieu le 11 janvier. Dès le 25 février, c'est-à-dire cinq ou six semaines après la conception, le ventre grossit et la gestante est obligée de desserrer son corset. Le ventre devient nettement saillant et l'on peut déjà croire à une grossesse avancée.

Il n'y a, à ce moment, ni douleurs, ni vomissements, la malade se livre à ses occupations journalières.

Nous l'examinons pour la première fois, les premiers jours du mois de mai; c'est-à-dire à trois mois et demi de grossesse environ.

Ce qui frappe aussitôt, c'est l'énorme volume de l'utérus. Le fonds utérin, qui aurait dû être bien au-dessous de l'ombilic, dépasse celui-ci de trois bons travers de doigt; le volume est celui d'une grossesse de sept mois environ.

L'utérus a conservé sa forme générale ovoïde, il est uniformément tendu et fluctuant. On ne sent aucune partie fœtale ni par le palper, ni par le toucher. La gestante n'a pas senti de mouvements actifs.

Le col est à peine ramolli à sa pointe, très élevé; il est fermé, à toute sa longueur, il n'est pas déhiscent. La région du segment inférieur est inattingible et inexplorable. Dans le courant du mois de mai, l'utérus subit un accroissement très accusé.

Le 8 juin (quatre mois et demi de grossesse) l'utérus touche en haut des fausses côtes, remplit en partie l'épigastre. Un peu d'œdème suspubien apparaît ainsi que de l'œdème des membres inférieurs. Le flot est très perceptible par percussion latérale.

Quelques troubles fonctionnels ont apparus. Dyspnée au moindre mouvement. Quelques crises dyspnéiques nocturnes; la gestante est obligée de dormir dans la position demi-assise, aucun phénomène douloureux.

Le 16 juin, le volume a encore augmenté. La hauteur utérine est de 44 centimètres. La circonférence ombilicale est de 99 centimètres.

Au toucher, le col est plus ramolli; mais non déhiscent ni raccourci; il est toujours élevé et rejeté en arrière. En avant du col, on sent le segment inférieur tendu et fluctuant. Pas de perception fœtale, pas de ballotement vaginal.

Les troubles fonctionnels de compression s'étant accusés et toutes les prévisions étant pour l'insuccès final de cette grossesse, je me proposais d'interrompre cette dernière, lorsque les contractions utérines apparurent dans la nuit du 17 au 18 juin.

A 8 heures du matin, les contractions se produisant toutes les cinq minutes sont assez douloureuses, mais l'examen

du col ne montre aucune modification; ni effacement, ni déhiscence, ni dilatation.

Ce n'est que le soir, vers 4 heures, c'est-à-dire seize heures environ après le début du travail, que l'examen montre le col effacé et entr'ouvert, on peut faire pénétrer dans sa cavité la phalange de l'index et arriver à affleurer le pôle inférieur de l'œuf. Les membranes sont alors ponctionnées et il s'écoule 6 litres 800 de liquide clair jaune citrin ressemblant au liquide amniotique ordinaire, mais ne contenant aucun détritrus sébacé.

Un point très particulier consécutif à l'évacuation du liquide fut la rapidité avec laquelle se termina le travail. En effet, une demi-heure après la ponction, le col arrive à dilatation complète et un premier fœtus est expulsé en sommet. Un quart d'heure après, le deuxième fœtus est expulsé à son tour, la délivrance se fait ensuite spontanément et sans incident.

Les deux fœtus (A et B) sont morts depuis environ une semaine.

Le fœtus A présente un ventre très gros, un foie énorme et de l'ascite. Il pèse 470 grammes.

Le fœtus B est maigre et chétif. Il pèse 340 grammes. Le foie est petit, le ventre rétracté.

L'examen du délivre montre qu'il s'agit d'une grossesse double univitelline, à une seule cavité amniotique. Il n'y a qu'un seul placenta pesant 410 grammes et un seul sac membraneux qui est complet et présente seulement un orifice du volume d'une petite tête fœtale situé à 11 centimètres du bord placentaire.

OBSERVATION XXII.

(M. le Professeur Agrégé TRILLAT)

Antoinette F..., 23 ans, modiste. Entre à la Clinique le 21 décembre 1906, à 11 heures et demie du soir.

Père mort à 51 ans, d'une broncho-pneumonie. Mère bien portante. Trois frères et sœurs en bonne santé. A été nourrie par sa mère. A marché à 1 an. Rougeole à 2 ans. Ané-

mie de 16 à 18 ans, réglée à 13 ans et demie. Règles peu abondantes, mais régulières, durant trois jours, avec douleurs le premier jour, pas de grossesses antérieures.

Dernières règles du 16 au 18 juin.

Pendant la grossesse actuelle, pertes blanches pendant les trois premiers mois. Elle dit avoir fait une chute il y a environ un mois. Elle a senti les mouvements actifs, il y a une dizaine de jours, mouvements plus forts et plus répétés que normalement, elle ne les sent plus depuis cinq jours.

Début des douleurs le 21 décembre, à cinq heures et demie du soir. La malade vient à la Charité à 11 heures et demie, et entre à la salle de travail de la Clinique, à 11 heures 45.

A ce moment, douleurs espacées de cinq minutes et durant une minute et demie; le toucher, pratiqué par la sœur de service, montre un col effacé, mais non dilaté. On ne perçoit pas les bruits du cœur, le palper a paru difficile. On donne un lavement à minuit.

A 4 h. 10 du matin, les contractions s'accroissent. Douleurs espacées de 3 minutes, et durant 2 minutes. Pouls à 70.

A 7 h. 25, ralentissement des contractions; douleurs espacées de 5 minutes, et durant 30 secondes.

A 7 h. 35, rupture de la poche des eaux. Il s'écoule un liquide amniotique très clair et très abondant.

A 7 h. 45, l'auscultation pratiquée par la sœur donne le maximum des bruits du cœur au niveau de l'ombilic, à 3 cent. à gauche.

A l'inspection, on est frappé du volume de l'utérus, car si on interroge la malade, elle est très affirmative sur l'époque de ses dernières règles; du 6 au 18 juin, et sur la régularité de ses menstrues; ce qui donnerait une grossesse de six mois à peine. Or, l'utérus mesure 27 centimètres de hauteur. A noter cependant que ses dimensions transversales sont relativement restreintes; en tout cas non proportionnées à l'augmentation des dimensions verticales.

Au toucher, col mou, souple, dilaté à 2 centimètres; à travers le segment inférieur, on sent une masse molle. Sur le

col, on sent un petit membre : c'est le pied gauche ; plus profondément, on arrive sur le droit ; on diagnostique donc un SIG en siège complet.

A la palpation, pôle céphalique à droite, à 4 centimètres de l'ombilic ; dans le flanc gauche, un autre pôle, sans pouvoir préciser si c'est un siège ou une tête ; ; on perçoit donc, en comptant celui qui est engagé ; 3 pôles, d'où gémellaire probable. La malade, interrogée, ne connaît pas de faits analogues dans sa famille ; donc, pas d'antécédents à ce point de vue.

A 9 heures et quart, le voisinage des bruits du cœur est tout à fait au voisinage de l'ombilic ; il est difficile à percevoir, car tous ceux qui auscultent ne l'entendent pas. M. le Professeur Fabre, après un premier résultat négatif, perçoit le foyer maximum, au niveau de l'ombilic, sur la ligne médiane.

On remarque à nouveau la hauteur de l'utérus qui est hors de proportion avec l'âge de la grossesse, pour une grossesse simple ; on mesure et on trouve 26 centimètres. Les renseignements fournis par le palper et le toucher concordent avec le résultats obtenus à 7 heures 45. Les douleurs expulsives apparaissent ; la malade pousse. La partie fœtale progresse. Expulsion naturelle ; puis on dégage une circulaire du cordon autour du cou. Enfin, manœuvres de Mauriceau.

L'enfant est un garçon qui pèse 850 grammes. Il est en état de mort imminente et on le porte dans la couveuse après ligature et pansement du cordon. Bosse sanguine sur la fesse gauche. Il est alors 10 heures et quart.

La hauteur de l'utérus, après l'expulsion du premier enfant, est de 21 centimètres. Les contractions utérines reviennent presque immédiatement. Pas de sensation par le palper ; la poche des eaux semble volumineuse. Par le toucher, poche très épaisse ; rupture artificielle des membranes à 10 heures et demie, à l'aide d'une branche de la pince de Hegar ; il il s'écoule un liquide amniotique clair et en très grande quantité : deux à trois litres.

On sent alors le pied gauche qui se dégage immédiatement.

La partie fœtale progresse rapidement. Expulsion naturelle d'abord, puis manœuvre de Mauriceau. L'extraction est terminée à 10 heures 35. C'est une fille qui pèse 850 grammes et qui est en état de mort imminente. L'utérus, après l'expulsion du deuxième fœtus, est au niveau de l'ombilic. Pouls de la mère à 88.

Délivrance spontanée, 35 minutes après l'accouchement. La perte de sang ne dépasse pas 50 à 60 grammes.

La délivrance se compose de deux placentas complets, qui sont séparés par un pont membraneux de 10 centimètres de longueur ; il pèse 370 grammes au total ; pas d'altérations macrocopiques. Le premier placenta est reniforme et mesure 9/15 centimètres ; celui du second enfant est cordiforme, il mesure 11/12 centimètres. Les membranes sont complètes ; elles forment une cloison de quatre membranes, deux amnios et deux chorions. La rupture des membranes a eu lieu à 2 centimètres du bord du placenta pour le premier enfant, à 15 centimètre du bord pour l'autre. Les cordons mesuraient respectivement 24 centimètres et 40 centimètres ; le premier s'insérant à 5 centimètres du bord, le second ayant une insertion marginale.

Le premier enfant meurt à 6 heures et demie du soir.

Le deuxième enfant meurt 45 minutes après sa naissance.

In thèse de Marcel Béquain. Lyon 1910. De l'hydramnios précoce dans les grossesses gémellaires.

OBSERVATIONS XXIII

(Professeur BAR)

Je vis le 25 décembre 1901 une femme enceinte de 4 mois dont le ventre avait pris dès le deuxième mois des proportions considérables. Je trouvais l'utérus distendu par une quantité énorme de liquide. Je fis une ponction et retirai 10 litres de liquide amniotique. La femme quitta la Maternité et revint 43 jours après ; l'hydramnios avait reparu. Je retirai de nouveau après ponction 7 litres de liquide, mais la femme entra en travail et expulsa deux garçons deux jours après la ponction.

Le premier était contenu dans la poche hydroamniotique et était vivant, maigre et pâle. L'autre contenu dans la poche oligo-amniotique était œdématisé et la face fœtale lui correspondant était aussi œdématisée. Le placenta présentait des anastomoses profondes, mais aucune superficielle. La décompression brusque du fœtus hydroamniotique au moment de la ponction a permis à son cœur de battre plus violemment et il a immédiatement transfusé son frère transfuseur à travers les anastomoses profondes qui les réunissaient ; ce dernier est devenu brusquement œdématisé apoplectique et mort ; seule une grosse anastomose veineuse superficielle eût pu atténuer les conséquences de la décompression rapide du fœtus.

(*Société d'Obstétrique, Paris. Avril 1907.*)

OBSERVATION XXIV

(M. le Professeur COMMANDEUR)

Marie P..., 31 ans, tertipare, ménagère. Père mort, mère vivante, en bonne santé. Pas de maladie dans la jeunesse, trois grossesses, une fausse-couche à quatre mois et demi, il y a cinq ans. Ses grossesses ont été normales, sauf une, en 1905, qui nécessita une application de forceps sous anesthésie. L'enfant est un garçon qu'elle a nourri au sein jusqu'à 10 mois et qui, actuellement, est bien portant.

Les dernières règles sont du 5 au 9 novembre 1908. Accouchement probable le 13 août. La malade n'a jamais souffert pendant cette grossesse, mais vers le quatrième mois, son ventre grossit brusquement, lui occasionnant de la gêne respiratoire et, à un certain moment, elle fut dans l'impossibilité de mettre une semaine les vêtements qu'elle avait mis la semaine précédente. Elle n'a jamais eu de vomissements. Elle consulte un médecin qui lui conseille d'entrer à la Charité.

Le 31 mars, à son entrée, à la première infirmerie, son utérus mesure 28 centimètres. Paroi abdominale très tendue, dilatation veineuse, matité. On ne peut percevoir aucune

partie fœtale, pas de ballottement, mais sensation de flot. La malade n'éprouve que quelques malaises.

Le 6 avril, le ventre a encore augmenté de volume. L'utérus mesure 32 centimètres ; la tension de la paroi abdominale est encore plus considérable. La malade souffre du ventre, elle a de l'insomnie, son facies est angoissé. Pouls à 100. Température entre 36°8 et 37°2.

On fait passer la malade à la Maternité, pour lui faire une ponction.

A la Maternité, la malade accuse toujours les mêmes malaises, lorsque, vers 2 heures et demie du soir, elle fait brusquement les eaux, inondant le lit et le parquet ; on n'a pas pu recueillir de liquide.

En découvrant la malade, on découvre un premier fœtus dans le lit, baignant dans le liquide amniotique ; il avait dû être expulsé dès la rupture de la poche des eaux. Ce fœtus fait quelques inspirations, et succombe trente minutes après sa naissance. Poids : 310 grammes. Dix minutes après, la malade reprend des douleurs, et on voit apparaître à la vulve un deuxième fœtus en présentation du sommet. Il est expulsé à son tour. Il pèse 160 grammes. La délivrance suit immédiatement après la sortie du deuxième fœtus, et pèse 280 grammes.

Le premier fœtus est hydramniotique, le deuxième fœtus est expulsé dans ses membranes qui ne contiennent que quelques gouttes de liquide.

Grossesse uvitelline. A l'examen de la délivrance, le première cordon s'insère à peu près à 2 centimètres de la cloison, il est assez gros ; et le deuxième cordon est assez grêle, et s'insère au ras du bord, tout contre la cloison.

On trouve sur la face fœtale du placenta, des anastomoses artérielles à plein canal.

La cloison semble être composée de deux membranes.

(In thèse de Marcel Brquain. Lyon 1910).

OBSERVATION XXV

(Brindeau et Cyrille Jeannin) chez un V-pare

Grossesse gémellaire monoamnotique et hydrannios aiguë

La nommée Anna Alb..., ménagère, âgée de trente-six ans, et d'origine belge, entre le 11 septembre 1908, à la Maternité de Lariboisière (service du Docteur Bonnare), où elle est admise au dortoir des femmes enceintes, en raison de douleurs qu'elle ressent depuis plusieurs jours dans tout l'abdomen.

C'est une femme grande et bien constituée, ne présentant absolument rien de particulier dans ses antécédents héréditaires, n'ayant eu personnellement que la rougeole étant toute petite, et la fièvre typhoïde à quinze ans. Ayant marché à douze mois, elle a été formée à dix-sept ans, et depuis, elle est très régulièrement menstruée. Elle a déjà eu quatre grossesses, toutes du même père : la première s'est terminée en 1896, par la naissance à terme d'un garçon vivant ; la deuxième fut interrompue, en 1910, par une fausse-couche de deux mois et demi, dont nous n'avons pu déterminer la cause ; la troisième date de 1901, et donne naissance, à terme, à une fille vivante ; enfin, la quatrième remonte en 1905 ; elle se termina, également à terme, par la naissance d'un garçon vivant. Les trois enfants ont été nourris par leur mère ; les deux premiers sont actuellement en bonne santé, le dernier est mort à quatre ans et demi de congestion pulmonaire.

Les dernières règles ont eu lieu entre le 12 et le 16 mars 1908. Les premières semaines de cette gestation ne furent marquées par aucun trouble spécial ; la femme se sentait, suivant sa propre expression, « comme les autres fois », lorsque, vers le troisième mois, elle remarqua que son ventre était plus développé que lors des grossesses antérieures ; pourtant il n'y eut pas de trouble fonctionnel bien spécial, et ce n'est guère que vers quatre mois et demi que cette femme, qui ne sentait pas remuer, fut frappée de voir combien elle devenait subitement grosse ; d'un jour à l'autre, sa taille s'accroissait ; elle fut prise de douleurs siègeant

dans tout l'abdomen, s'accompagnant d'une sensation de pesanteur et de tension dans le bas-ventre, douleurs s'irradiant en ceintures dans la région des lombes, ainsi que dans les cuisses. De plus, elle se sent gênée pour respirer et a perdu tout sommeil. Cet état s'accroissant d'un jour à l'autre, elle se décida à entrer à la Maternité de Lariboisière.

A notre premier examen, nous sommes frappés de l'état de fatigue de cette femme. La figure est particulièrement pâle, les yeux cernés, les traits tirés ; l'expression anxieuse. La respiration est précipitée et superficielle, nous comptons entre 20 et 30 inspirations par minute ; le pouls est rapide, battant aux environs de 100. La température est à 37°. L'abdomen présente un développement tout à fait anormal ; chez cette femme enceinte de cinq mois et demi tout au plus, le fond de l'utérus est à 50 centimètres au-dessus du pubis. La peau du ventre est extrêmement tendue, lisse, sillonnée de veines en tête de méduse, l'ombilic complètement étalé ; il n'y a que peu d'œdème sous-pubien. Le palper permet de reconnaître que l'utérus est surdistendu par une énorme quantité de liquide amniotique dont il est facile de constater la rénitence ; aucune partie fœtale n'est accessible ; l'auscultation est muette. Par le toucher, on se rend compte de la surdistension des segments inférieurs, et, à travers le col déhiscent, on peut faire balloter une petite extrémité céphalique. Ajoutons qu'il y avait un peu d'œdème des jambes. La vessie sondée aussitôt, ne contient que peu d'urine, non albumineuse.

Le diagnostic s'impose, de par les signes physiques autant que par les symptômes fonctionnels ; il s'agit d'un cas typique d'*hydramnios aiguë*. Quelle est la cause de cette hydramnios ? Rien ne nous permet de penser à la syphilis, dont nous ne trouvons aucune trace, ni actuellement, ni dans les antécédents. Nous admettons donc, comme cause la plus vraisemblable, qu'il s'agit d'une grossesse gémellaire, bien qu'il n'y ait pas chez cette femme d'antécédents de gemellité.

La malade est tenue pendant deux jours en observation, au lit, au régime lacté. Les symptômes fonctionnels s'aggravant, en même temps que l'utérus s'accroît de volume, sa hauteur

gagnant 2 centimètres de plus par jour, nous pratiquons, le 1^{er} septembre, une ponction de l'œuf par la voie abdominale, à l'aide d'un trocard de petit volume : en une demi-heure, il s'écoule 7 litres de liquide amniotique ; la hauteur de l'utérus n'est plus que de 39 centimètres. Nous pensons qu'il n'est pas opportun de continuer plus loin la décompression.

Deux heures après cette intervention, la femme est prise de contractions utérines, et d'une hémorragie assez notable ; trois heures plus tard, le travail étant nettement déclaré, on rompt les membranes, ce qui permet de recueillir encore 2 litres de liquide amniotique ; la dilatation du col qui n'était que de 2 centimètres, se complète en quelques minutes et la femme expulse aussitôt un premier fœtus, suivi, au bout de quelques secondes, d'un second. Vingt minutes après, la délivrance a lieu, naturelle et complète ; la masse placentaire est unique.

Les suites de couches ne présentèrent absolument rien de particulier, et la femme quitta la Maternité, le dixième jour, en très bon état.

Examen des fœtus. — Les deux enfants sont du sexe masculin ; ils sont tous deux venus morts, mais l'absence de toute macération, de tout soulèvement de l'épiderme, nous permet de penser qu'ils ont succombé depuis peu, 24 ou 48 heures tout au plus. Le premier jumeau pèse 800 grammes et le deuxième 700 grammes. Ils ne présentent, ni l'un ni l'autre, ni œdème, ni apoplexie et ne portent extérieurement aucune malformation. De même l'autopsie qui en fut soigneusement faite, ne révéla aucune lésion macroscopique ; pas de macrocardie, pas de volume anormal des reins ; rien au foie, non plus que du côté des gros vaisseaux.

Examen de l'arrière-faix. — Le placenta unique, à peu près discoïdal, pèse 900 grammes, et mesure 29 centimètres dans son plus grand diamètre. En l'examinant par la face utérine, on ne peut pas reconnaître de différence de coloration ou d'aspect entre les territoires respectifs des enfants. Par son bord, il donne adhérence à une poche ovulaire, unique, composée de trois membranes, mais sans trace de cloison de séparation. Il s'agit bien nettement d'une gros-

sesse univittelline monoamniotique. Les deux cordons sont assez rapprochés l'un de l'autre, les points d'implantation n'étant pas distants de plus de 5 centimètres ; d'ailleurs, ils ont tous deux une *insertion vélamenteuse*, mais beaucoup plus prononcée pour l'un que pour l'autre. De très grosses anastomoses réunissent largement, au niveau de la face fœtale, les deux circulations. Enfin ces cordons sont entortillés l'un à l'autre. Ils *s'intriquent* à peu près au milieu de leur trajet, *en un double nœud en 8 de chiffre*, nœud assez serré pour aplatir fortement, sans le réduire toutefois à l'état de filament, le calibre des deux tiges funiculaires.

(L'Obstétrique, 1908, p. 605).

Ces auteurs font suivre cette très belle observation de quelques considérations qu'il serait peut-être léger de passer sous silence.

Cette grossesse, disent-ils, est une anomalie très rare : Alfieri, qui lui a consacré en 1903 une excellente étude, (*Gravidanza a bigemina monocoriale et mono-amniotica. Annali di Obstetrica*, 1903, n° 4, 5, 7, 8), n'en a relevé que 68 cas dans la littérature médicale ; Müller en compte une sur 6.000 grossesses ; Alhfeld 3 sur 506 grossesses gémellaires, dont 62 univittellines.

D'autre part, de telles grossesses avortent d'après Alfieri dans 46 % des cas et présentent une mortalité fœtale de 70,2 %. Cette mortalité fœtale aurait comme principal élément de causalité l'enroulement des cordons. Alfieri, en effet, signale cet accident dans 58 % des cas de grossesse univittelline et monoamniotique ; cet accident donnant 75,3 % de mortalité fœtale. En ce qui nous concerne, nous n'avons pas constaté cette intrication des cordons dans les observations dont nous disposons (21 et 37).

OBSERVATION XXVI

(M. le Professeur COMMANDEUR)

E... B..., 20¹ ans, cultivatrice, primipare. Avortement gémellaire à cinq mois trois quarts. Hydramnios d'un œuf.

Arrive à la Maternité le 13 novembre 1908, à 10 heures du matin, accusant des douleurs depuis le 10 ; le même jour, la malade ayant fait appeler un docteur, celui-ci lui conseille d'entrer à la Maternité.

An son arrivée, elle présente une grossesse de cinq mois trois quarts, elle a des douleurs depuis quatre jours, et, depuis le 10 novembre, elle dit n'avoir pas senti bouger son enfant, elle dit avoir eu des jumeaux dans sa famille. Disque d'albumine dans les urines. Luxation congénitale de la hanche droite.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles sont du 10 au 18 mai ; l'accouchement probable serait le 20 février ; elle est donc à cinq mois trois quarts de grossesse ; elle a eu des vomissements alimentaires du troisième au quatrième mois. Elle grossissait à vue d'œil, dit-elle.

Le palper est difficile, l'utérus est volumineux, dur, constamment tendu, et ne correspondant pas à l'âge de la grossesse. Sa forme est étalée, le fond est à 29 centimètres au-dessus du pubis, les cornes sont distendues, surtout la corne droite ; au palper, sensation de flot. L'utérus remonte jusqu'aux fausses côtes des deux côtés et atteint la région épigastrique.

A l'auscultation, les bruits du cœur ne sont pas perçus. Après une soigneuse désinfection, l'interne l'examine ; la dilatation est à trois centimètres, la poche des eaux est intacte ; on sent quelque chose qui plonge, mais on ne peut pas distinguer la présentation. On amène de suite la malade à la salle de travail.

A 5 heures du soir, on l'examine de nouveau. La dilatation est complète, la poche des eaux intacte ; on rompt artificiellement les membranes, mais il ne s'écoule pas de liquide amniotique ; il y a oligo-amnios.

On constate une présentation en siège décomplété mode des fesses, orientée en S.D.P., et, au bout d'une contraction,

la malade expulse un enfant du sexe féminin, mort et macéré, et qui pèse 520 grammes.

L'utérus reste volumineux ; on se doute d'une gémellaire ; on ausculte, mais on n'entend pas les bruits du cœur. On pratique immédiatement un deuxième toucher, qui fait constater une poche des eaux volumineuses, et un deuxième fœtus qui est en présentation du sommet, pointé en OMP. On rompt artificiellement les membranes, le liquide qui s'écoule est clair, très abondant, la quantité recueillie est de trois litres. L'expulsion du deuxième fœtus se fait normalement, il pèse 750 grammes et meurt 30 minutes après sa naissance.

La délivrance se fait spontanément aussitôt après l'expulsion du deuxième fœtus. Il n'y a qu'un seul placenta, et la cloison de séparation des deux fœtus est formée de quatre membranes ; deux chorions et deux amnios. Ce placenta paraît complet ainsi que les membranes. La perte sanguine est normale.

On fait suivre d'une injection intra-utérine à 48°.

Le premier fœtus est caractérisé par une maigreur extrême, il a commencé à se macérer. Le cordon est extrêmement teinté en noir ainsi que l'abdomen. Le crâne fœtal est aplati dans le sens transversal, les os chevauchent fortement, le pariétal droit déborde à gauche ; le diamètre bi-pariétal mesure quatre centimètres.

Le deuxième fœtus présente un œdème généralisé au tronc, aux membres supérieurs et inférieurs ; la tête est à peu près indemne ; l'œdème, assez accentué, donne à la peau un aspect luisant, appréciable surtout au niveau des jambes et des pieds. Le diamètre bi-pariétal mesure cinq centimètres.

Quant au placenta, il forme une masse unique à quatre membranes, deux chorions et deux amnios. Sur la face maternelle, on remarque très grossièrement un sillon de séparation de la masse placentaire en deux placentas.

L'insertion du cordon n° 1 est vélamenteuse et se fait à sept centimètres du bord placentaire,

L'insertion du cordon n° 2 est vélamenteuse également, et se fait à quatre centimètres seulement du bord placentaire. Ces deux cordons cheminent l'un vers l'autre pour s'anastomoser au niveau de leur insertion.

(In thèse de Marcel Béquain. Lyon, 1910).

OBSERVATION XXVII

*Recueillie par nos soins dans le service de M. le professeur
COMMANDEUR, à la Maternité de la Charité (1910)*

Marie L..., 26 ans, primipare, arrive à la Maternité le 21 janvier 1910, à 2 heures 1/2 du matin, accusant des douleurs depuis la veille, à 21 heures 15, et ayant fait les eaux à 21 heures.

Les dernières règles sont du 1^{er} au 5 août. La malade est donc à cinq mois un tiers de grossesse. Elle a eu des vomissements biliaires pendant les trois premiers mois de sa gestation. Le 6 janvier, elle vit son ventre grossir rapidement ; en même temps qu'un œdème considérable envahissait ses membres inférieurs. Depuis, elle éprouve de grosses difficultés pour marcher, difficultés qui allèrent s'exagérant.

A l'examen, on est tout d'abord frappé par la distension considérable (étant donné l'âge de la grossesse) de l'abdomen de la malade. La hauteur utérine relevée est de 30 centimètres. Le palper est difficile et ne donne pas de renseignements. L'utérus, en effet, est dur, constamment tendu et de forme étalée. L'auscultation est négative. Quand on veut pratiquer le toucher, on s'aperçoit de l'existence d'une pro-cidence du cordon. Celui-ci ne bat point. On constate une dilatation complète, une poche des eaux rompue, une présentation de l'épauule.

A 5 heures du matin, elle accouche spontanément d'un garçon mort-né pesant 340 grammes. L'utérus restant volumineux, on ausculte à nouveau, à nouveau l'auscultation est négative.

Un deuxième toucher est immédiatement pratiqué. On

constate une poche des eaux volumineuse, à travers laquelle on sent balloter une tête. On rompt artificiellement les membranes; il s'écoule un liquide amniotique abondant. La quantité recueillie est de quatre litres.

A 6 heures du matin, nouvelle expulsion spontanée d'un fœtus du sexe masculin pesant 430 grammes. Cet enfant est vivant, mais sa vie sera éphémère, car il meurt une heure après sa naissance.

Trente minutes après, la délivrance se fait par simple expression. Le placenta est unique et pèse 440 grammes. Il présente une cloison de séparation formée de deux membranes. Il s'agit donc d'une grossesse univitelline bi-amiotique.

Les suites de couches furent normales et la malade sortit guérie le 4 février.

OBSERVATION XXVIII

(M. le Professeur VORON)

Mme T..., 18 ans, ménagère. Parents bien portants, un frère et deux sœurs bien portants également. Deux frères morts dans la première enfance, d'affections indéterminées.

Bonne santé habituelle. Nourrie au sein par une nourrice jusqu'à quatre mois, puis au biberon. Ignore à quel âge elle a fait ses premiers pas. Pas de maladies graves dans l'enfance. A eu une rougeole bénigne. Réglée à 15 ans, irrégulièrement. Une aménorrhée complète de six mois, il y a trois ans, après les premières règles. Pas de pertes blanches.

Pas de maladies antérieures. Nie la syphilis, pas d'albumine, pas de rachitisme, pas de toux habituelle. Cœur normal, sauf bruits un peu éclatants. Pouls normal à 88. La malade, primipare, eut ses dernières règles du 18 au 23 juillet, et se trouve, par conséquent, au cinquième mois de sa grossesse. Pas de malaises particuliers notables ; pas de vomissements.

Depuis un mois, la malade accuse une gêne de la respiration qui ne s'accroît pas régulièrement depuis, et remarquait

le volume de son ventre bien au-dessus de la normale (à trois mois, il était gros, comme à une grossesse de huit mois).

Dans la nuit du 12 au 13 décembre, elle fut prise de douleurs. Le 13, à 9 heures du matin, la malade étant chez elle, il se produisit un écoulement de liquide amniotique (quantité évaluée par la malade à un demi-litre environ), d'où son entrée à l'hôpital, où elle accouche, pendant son transport dans l'ascenseur, d'un premier fœtus.

A son arrivée dans la salle, on constate un abdomen encore très volumineux : l'utérus est encore à cinq ou six travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et on croit sentir balloter une masse solide plongée dans une grande quantité de liquide. Ce ballotement, cependant, est très incertain ; il n'y a pas du tout de fluctuation. On pense alors à la présence probable d'un deuxième fœtus, avec hydramnios ou, peut-être, avec réserve, d'un troisième fœtus. Au toucher, on sent un col dilaté, à peu près entièrement, et, s'appliquant sur lui, une poche peu tendue ; en la repoussant avec le doigt, il sort un peu de liquide ; mais en même temps vient s'appliquer sur l'orifice une autre poche, celle-ci très tendue. On rompt les membranes, vingt minutes après le premier accouchement, il en sort aussitôt un flot de liquide évalué à quatre litres environ. Le deuxième fœtus se présente alors par l'épaule. M. le professeur Voron, voulant amener le sommet à l'orifice utérin, sent sous son doigt se faire la version spontanée et le fœtus sort. (*duplicato corpore* ». Les deux fœtus pèsent 260 et 280 grammes ; ils ne présentent donc pas de différences appréciables et sont tous les deux normalement conformés. La délivrance se fait environ un quart d'heure après le deuxième accouchement, sans grande hémorragie ; elle est complète.

Placenta unique, chorion unique, deux poches amniotiques ; l'une très petite, avec un cordon long et grêle, l'autre énorme avec un cordon court, très gros et très œdématisé.

(*In thèse de Marcel Béquains. Lyon 1910.*)

OBSERVATION XXIX

(Résumée in thèse de Réglade. Paris, 1920)

II^e pare. Au premier mois vomissements le matin. A la fin du premier mois, la femme M.,, vient consulter. Utérus volumineux et ramolli dans sa totalité. Les vomissements vont en augmentant. La malade souffre dans le bas-ventre et a de la peine à uriner. Au deuxième mois, utérus toujours mou et volumineux. Les vomissements cessent. A la fin du cinquième mois, son ventre augmente encore de volume, mais brusquement amenant de violentes douleurs abdominales : il est à ce moment gros comme un utérus de huit mois. La hauteur au-dessus du pubis est de 27 centimètres. On perçoit le ballottement fœtal. Mais pas d'auscultation possible. Col ramolli et entr'ouvert. La malade est mise au régime lacté et traitement ioduré. L'hydramnios continue sa marche aiguë ; les phénomènes nerveux augmentent ainsi que l'intolérance gastrique. La dyspnée est intense. Le poulx dépasse 100 pulsations. La hauteur de l'utérus atteint en quelques jours 34 centimètres. On fait alors de la dilatation du col et on perce les membranes : il s'écoule huit litres et demi de liquide ; trois heures après un fœtus masculin de cinq mois est accouché ; il meurt peu après ; un quart d'he plus tard, ouverture des membranes du deuxième œuf ; peu de liquide suivi d'un fœtus de même taille que le premier.

Placenta unique. Circulations fœtales anastomosées. Deux cavités amniotiques. Un des cordons a une insertion vélamenteuse.

(Cas de Binet, in thèse de Jais, Paris, 1911).

(Jacques Réglade. *Contribution à l'étude de l'hydramnios aiguë au cours de la grossesse gémellaire univitelline.* Thèse de Paris, 1920).

OBSERVATION XXX

XII^e pare. Trente-huit ans, enceinte de cinq mois et demi. Mouvements actifs perçus à quatre mois et demi. Le volume du ventre a augmenté à cinq mois. Les digestions pénibles, l'appétit diminué, l'amaigrissement marqué inquiètent la malade. Le soir, elle a de l'œdème des membres inférieurs. Le ventre a le volume d'un ventre de femme à terme. Le fond de l'utérus est à 35 centimètres au-dessus de la symphys.e. La circonférence au niveau de la symphise est de 1 m. 02. Col fermé sans déhiscence. On perçoit quelques parties fœtales fuyant sous la main.

Une semaine plus tard, le ventre a encore augmenté. La malade a de la dyspnée au moindre effort avec teinte cyanique. Le fond de l'utérus est à 46 centimètres, soit une augmentation de 11 centimètres en 10 jours. La circonférence abdominale est de 107. On ne perçoit plus de parties fœtales. On perçoit des contractions utérines. Le col est cette fois perméable.

Le taux des urines est normal, pas d'albumine.

Deux jours après, devant l'accroissement des phénomènes fonctionnels et physiques, on tente une ponction à 10 centimètres du bord supérieur de la symphise et on retire deux litres de liquide jaune citron qui prend vers la fin une teinte rougeâtre. Soulagement appréciable, 4 jours après le travail se déclare ; mais se fait très lentement. Lorsque le médecin voit la malade, la dilatation est comme une pièce de cinq francs. On trouve l'orifice utérin, on sent une tête en gauche et recouverte par les membranes sans interposition d'eau ; une anse du cordon tend à descendre ; on y perçoit des battements. Les contractions utérines sont fréquentes, mais peu intenses. La poche des eaux est rompue vers une heure de l'après-midi (le travail avait commencé 7 heures du matin). Il s'écoule à peine quelques gouttes de liquide. Un quart d'heure après accouchement d'un premier fœtus petit, pâle, malingre, de cinq mois à peine. Le ventre de la femme est peu diminué de volume et on perçoit par le toucher une deuxième poche des eaux qui semble volumineuse ; sa rup-

ture est suivie de la projection d'un violent jet de liquide qui entraîne le cordon et les membres inférieurs. Le fœtus est expulsé et après le passage de la tête dernière, il s'écoule une grande quantité de liquide qu'on ne peut mesurer ; on en recueille près de cinq litres.

L'utérus revient parfaitement sur lui-même ; le placenta est expulsé spontanément, 10 minutes après le deuxième accouchement. Il pèse 1.300 grammes, il est pâle, œdématié et friable à l'extrême, une seul chorion, deux poches amniotiques très dissemblables.

Le cordon du premier fœtus, (de 610 grammes), s'insère près du bord placentaire. Celui du fœtus hydramniotique (de 1.250 grammes), est infiltré et œdématié et présente une insertion marginale.

L'analyse du liquide amniotique donna les résultats suivants :

Couleur :	*jaune pâle trouble
Réaction :	alcaline
Densité à 15° :	
Extrait :	12 gr. 80 par litre
Chlorures en NaCl :	7 gr. 02 par litre
Albumine :	3 gr. par litre
Ammoniaque :	0
Sucre :	0

(Bonnet-Laborderie et Voituriez. *Le Souder. Arch. Gynécologie*, T. II, 1912 et *in thèse Le Souder*. Paris 1913).

OBSERVATION XXXI

Mme G..., 26 ans. III^e pare, deux grossesses antérieures normales sans albuminurie. Accouchements normaux à terme, deux filles nourries par leur mère.

La malade, qui n'a pas eu ses règles depuis sa première grossesse (1908), est devenue enceinte la troisième fois, comme la seconde, sans menstruation préalable. Elle reporte, grâce à certains signes subjectifs, l'origine de sa grossesse aux derniers jours de 1912. Rien de spécial pendant les

trois premiers mois. A la fin du troisième mois, petite hémorragie qui cède au repos au lit prescrit ; de même, fin du quatrième mois.

Au début du cinquième mois, le 29 mars 1913 : fatigue inaccoutumée avec douleurs abdominales, céphalées, quelques petits vomissements. Température : 38°5. Pouls : 90. Les vomissements s'accroissent. La malade rejette tout : purgatifs et potion de Rivière.

Le 30 mars, température : 40°2. Pouls 120 à 130. Vomissements incessants, teinte subictérique, facies infecté. En même temps, l'utérus, surveillé avec soin et où l'on notait depuis trois ou quatre jours, une augmentation de volume anormale et une tension exagérée, devient de plus en plus gros en même temps que le palper donne une sensation d'hypertension.

La hauteur du fond de l'utérus au-dessus de la symphyse est de 36 centimètres.

La diagnostic d'hydramnios aiguë est porté, et on propose à la malade l'avortement, après consultation avec le docteur Rudaux.

Le 1^{er} avril, le docteur Rudaux pratique la ponction des membranes par le vagin. Il s'écoule huit litres de liquide. Un fœtus est saisi à travers le col et un membre inférieur abaissé pour servir de ballon dilatateur. Cette opération est pratiquée à quatre heures de l'après-midi. Les douleurs apparaissent vers huit heures du soir. On extrait un premier fœtus, puis un second. Il se produit une abondante hémorragie. Délivrance artificielle. Injection intra-utérine. Sérum et adrénaline.

Les deux fœtus sont du sexe masculin et semblent normalement constitués ; ils semblent être de quatre mois. Placenta enlevé par morceaux.

Dès le lendemain, les symptômes s'amendent, 48 heures après la température est normale, les urines s'éclaircissent et deviennent plus abondantes. Les vomissements ont cessé, le pouls est normal.

Suites de couches normales.

De 1913 à 1919, on n'a rien noté chez la malade. En 1919,

un peu de salpingite hémorragique avec légère réaction péritonéale.

Actuellement, en mai 1920, nouvelle poussée salpingienne apyrétique.

(*Observation XX in thèse de Réglade. Paris, 1920.*)

OBSERVATION XXXII

*Recueillie par nous dans le service de M. le Professeur
COMMANDEUR, à la Maternité de la Charité (1913)*

Léonie A..., 36 ans, IV-pare, arrive dans le service le 6 janvier 1913.

Ses antécédents non obstétricaux ne retiennent point l'attention ; il n'en est pas de même de son passé obstétrical :

Première grossesse en 1907, terminée par un *avortement* à deux mois (nous n'avons pu à son sujet recueillir aucun document).

Deuxième grossesse, terminée par un accouchement normal à terme en 1909 d'une fille vivante (2.770/500).

Troisième grossesse, terminée en 1911 par l'accouchement normal à terme d'une fille également vivante (2.980/430).

Grossesse actuelle. — Les dernière règles datent du 22 au 26 juin.

Elle est donc à six mois et quart de grossesse.

A l'examen, pratiqué aussitôt, on constate : une hauteur utérine de 43 centimètres, une circonférence de 105 centimètres, un œdème bi-malléolaire.

Le palper donne la sensation du flot et l'on fait le diagnostic d'hydramnios.

Les bruits du cœur sont perçus très difficilement.

Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

La malade accuse des nausées, des vomissements bilieux et alimentaires, de la constipation, de la gêne respiratoire depuis le début de sa grossesse. Elle dit, en outre, que son ventre s'est développé d'une façon anormale depuis le mois de novembre et avec une rapidité inquiétante depuis un mois environ.

La malade est mise en observation.

Examen du 10/1. Hu = 50 ans. Circonférence 105.

La malade éprouve une gêne respiratoire de plus en plus grande, aussi M. le professeur Commandeur fait-il un toucher qui lui révèle un segment inférieur hypertendu, un col effacé, perméable à un doigt, et pratique-t-il une ponction de l'œuf à la pince d'Hégar. Il est 11 heures 40. La quantité de liquide amniotique que l'on recueille est de 5 litres 400. La hauteur utérine n'est plus que de 33 centimètres.

A 12 heures, les douleurs apparaissent, d'abord faibles et espacées de cinq minutes.

Un nouvel examen montre un fœtus qui paraît volumineux, qui tend à se mettre en présentation de la face. Les bruits du cœur sont difficilement perçus. On pense alors à une grossesse gémellaire, car on sent au niveau de l'ombilic un petit ballotement et une multiplicité de petites parties.

A 17 heures 40, la malade accouche d'un fœtus du sexe masculin. Il ne présente ni battements cardiaques ni mouvements respiratoires, seul son cordon a offert quelques pulsations lors de l'accouchement du fœtus. Ce garçon est volumineux ; il pèse 2.280 grammes et ses tissus paraissent infiltrés de sérum sanguin. Le cordon est volumineux.

A 17 heures 50, expulsion d'un deuxième fœtus dont la poche des eaux ne renfermait qu'une seule goutte de liquide. Ce fœtus, du sexe masculin, fait quelques inspirations et meurt. Il pèse 800 grammes. On se trouve donc en présence de deux jumeaux, *l'un favorisant, l'autre favorisé.*

A 17 heures 55, le placenta apparaît par sa face maternelle. Il pèse 980 grammes et ses mesures sont 26/22.

Il est examiné par M. le professeur Commandeur, dont voici les constatations :

« Ce placenta offre une masse unique avec ébauche de sillon au point de séparation des deux placenta. Le cordon du premier fœtus s'insère sur la cloison de séparation des deux placentas sur laquelle il est fixé par un méro empiétant jusqu'à la base. Ce cordon frappe par son aspect gras, irrégulier, moniliforme avec nodosités whartoniennes et vasculaires. Au voisinage de son insertion sur le placenta, à quatre centimètres environ, le cordon perd complètement sa

gaine amniotique. Pour le deuxième fœtus, au contraire, le cordon est maigre, inséré au centre du champ placentaire du deuxième enfant.

« La cloison de séparation est formée par deux amnios. On constate, sur la fœtale, des anastomoses superficielles.

« Le champ de distribution du cordon du premier fœtus (fœtus œdémateux) est de beaucoup le plus étendu ; il occupe, en effet, les deux tiers de la surface placentaire.

« En recherchant avec attention, on découvre deux anastomoses superficielles et de petit volume ; l'une n'ayant pas un centimètre de long, l'autre de trois centimètres environ. La petite anastomose paraît être une anastomose d'artère à artère, tandis que la grande paraît résulter de la piqure en un point du chorion d'une artère du deuxième jumeau avec un rameau veineux du premier jumeau. »

Les suites de couches furent normales.

En résumé, grossesse univitelline chez une quartipare. Hydramnios aiguë. Accouchement provoqué à six mois et quart.

OBSERVATION XXXIII

M. le Docteur Rudaux a eu l'occasion d'observer le cas suivant dans sa clientèle particulière en 1913.

Il s'agissait d'une femme de 30 ans, III^e pare, ayant eu 2 grossesses normales. Tout alla bien jusqu'au 5^e mois. A ce moment-là, le ventre augmenta de volume en même temps que se montrèrent de violents tiraillements abdominaux et des douleurs thoraciques. La dyspnée d'abord peu marquée devint de plus en plus forte et coexistait à un état nerveux très accusé, la malade ne pouvant rester en place. Constipation Dysurie et pollakiurie complétaient le tableau. Il porte le diagnostic de grossesse gémellaire, univitelline (?) avec hydramnios aiguë et fait revenir d'urgence à Paris la malade qui se trouve en villégiature.

Ponction des membranes par la vagin ; on retire 10 litres de liquide jaune citron ; la femme est immédiatement soulagée. 2 heures après, deux fœtus de 5 mois 1/2 sont expulsés suivis d'un seul placenta.

(*Observation XIX, in thèse de Réglade, Paris, 1920*).

OBSERVATION XXXIV

(MARSHALL, *J. Of Obstetrics, London*)

J'ai vu Mistress G... (31 ans) une première fois, en mars 1913, et à ce moment-là, elle me dit que ses dernières règles remontaient au 5 janvier. Après l'avoir examinée, je la reconnus enceinte de 8 semaines environ. Je constatai de même un petit fibrome du fond de l'utérus. Le 5 mai, elle revint me voir ayant l'intention de voyager; à ce moment, l'utérus avait le volume de l'utérus de 4 mois 1/2.

Le 11 mai, à son arrivée en Angleterre, elle fut prise brusquement de fortes coliques, dans le bas-ventre, qui la confièrent au lit. Elle remarqua que son abdomen avait beaucoup grossi; elle resta au lit, la douleur abdominale devenant continuelle, puis elle se décida le 25 mai à revenir à Glasgow.

A ce moment-là, son abdomen énorme, ses douleurs perpétuelles localisées surtout dans la région sacrée, accompagnées de polyurie et pollakurie, la mettaient dans une grande détresse physiologique. L'urine recueillie légèrement albumineuse avait une densité de 1025.

L'utérus très agrandi s'étendait jusqu'au rebord costal, le fond de l'utérus atteignant la ligne ombilico-sternale; ceci ne donne qu'une idée approximative de l'utérus qui, beaucoup plus gros qu'un utérus gravide à 6 mois, était augmenté dans toutes ses dimensions. Sa hauteur au-dessus de la symphyse était de 11 pouces trois quarts.

Il donnait l'impression fluctuante d'un vaste kyste uniloculaire remarquablement dur et tendu à la palpation. Cette sensation pouvant être rattachée à son contact avec la paroi abdominale qui, bien que très tendue elle-même, ne présentait pas encore de vergetures.

L'enfant était irrepérable par les méthodes habituelles. L'auscultation était négative; on percevait cependant des contractions utérines et un souffle utérin. Le toucher vaginal laissait percevoir un léger ballottement fœtal.

Le fibrome du fond de l'utérus avait considérablement grossi et on le distinguait nettement par sa consistance spéciale.

Le 17 mai, je dilate le col utérin de manière à introduire un doigt. Aussitôt les membranes se rompent et je n'eus que le temps de recueillir 5 pintes de liquide amniotique; le reste du liquide se perdit. Pour activer l'expulsion, je fis une injection de pituitrine; l'examen de la cavité utérine laisse percevoir un siège, mais les contractions utérines devenant faibles, je fis une deuxième injection de pituitrine le lendemain, 28 mai. Les contractions utérines se montrèrent rapidement et devinrent énergiques; la femme expulsa alors deux fœtus, le premier par les pieds, le second par l'épaule; je fus obligé de pratiquer une embryotomie sous chloroforme pour ce dernier. Expulsion d'un placenta et des membranes.

L'involution utérine se fit bien. Au dixième jour, le fond de l'utérus était à 2 pouces du bord supérieur de la symphyse et le fibrome était devenu petit. Le docteur Kernnedi examina pour moi le placenta et les membranes, mais n'y trouva rien d'anormal. La grossesse était uni-ovulaire de 4 mois environ. On ne remarqua qu'un seul sac hydramniotique; le second avait un peu moins de liquide que normalement.

(Journal of Obstetrics, London, 1914).

OBSERVATION XXXV

VII^e pare, 38 ans, couturière. Père mort à 60 ans. Mère bien portante.

La malade a eu rougeole et variole dans son enfance.

Réglée à 16 ans. Premiers rapports à 22 ans.

6 grossesses normales à terme, mais le premier enfant mourut athreptique à 4 mois 1/2 et le quatrième à 3 mois (diagnostic inconnu).

Ses dernières règles remontent au 26 novembre 1918.

A son entrée dans le service, la grossesse semble être de 4 mois 1/2. Elle nous dit entrer à l'hôpital pour une augmentation rapide et douloureuse de son abdomen, phénomène qui aurait débuté à la fin du mois de mars et a fait de rapides progrès depuis.

Actuellement, son abdomen est volumineux, globuleux, comparable à celui d'une femme à terme. On perçoit à travers la paroi une masse mate, fluctuante, qui paraît être un utérus distendu par du liquide. On perçoit, vers le fond de l'utérus, des saillies dures qui ressemblent à des fibromes, connus d'ailleurs de la malade avant sa grossesse.

Cet utérus est fluctuant et donne nettement la sensation de flot; mais aucun ballottement n'est perceptible.

Au toucher vaginal : col de multipare; le segment inférieur est distendu par le liquide.

La hauteur de l'utérus est de 38 c/m 5, au-dessus de la symphyse, hauteur qui va augmenter quotidiennement de 1 c/m environ pour atteindre 45 c/m le 27 mai.

Un peu de constipation et de dysurie. Dyspnée d'effort notable. Léger œdème des membres inférieurs.

On fait une prise de sang et on dit à la malade de revenir dans 5 ou 6 jours.

Le 6 mai : La malade revient. Son ventre a encore augmenté de volume et le fond de l'utérus est à 50 c/m au-dessus de la symphyse; le ventre est volumineux et la dyspnée considérable; l'œdème des membres inférieurs a augmenté. On décide de ponctionner l'œuf. Auscultation négative. Cette ponction des membranes faites par la voie vaginale ramène 10 litres de liquide jaune citrin.

Le 7 mai : La dilatation se faisant mal, on pose à 10 h. 30 un ballon de Champetier-Deribes de 200 grammes.

A 18 heures : Aucune contraction n'est apparue; le ballon n'a pas bougé; le pouls est à 120. La température à 40°1.

A 20 h. 30 : Le ballon est expulsé, la dilatation est complète; la femme pousse et expulse un fœtus mort et macéré de 700 grammes. L'utérus reste volumineux et après quelques contractions, un deuxième œuf est expulsé un quart d'heure après : fœtus de 550 grammes. A 21 h. 20 : Expulsion du placenta de 700 grammes environ, mais la délivrance est incomplète, la face utérine du placenta est douteuse et il y a rétention complète du chorion; la température est de 39°5. On passe la femme à l'isolement pour lui faire une révision.

La révision est faite le lendemain matin.

Les suites de couches furent normales.

La face fœtale du placenta unique présentait des anastomoses entre les 2 circulations.

Le Wassermann fut trouvé positif.

(*Observation XXI, in thèse de Réglade, Paris, 1920*)

OBSERVATION XXXVI

II^e pare, 28 ans, admise à Beaujon dans le service de M. le Professeur Brindeau, le 20 avril 1920, à 9 heures, au dortoir, pour excès de liquide. Les dernières règles remontaient du 3 au 6 novembre 1919.

Son utérus est très volumineux, asymétrique, remontant plus haut à gauche qu'à droite et son fond remonte à 61 centimètres au-dessus de la symphyse. La tension n'est pas excessive et semble plus marquée à gauche qu'à droite. On sent un ballotement à gauche de l'ombilic. Circonférence maxima au niveau de l'ombilic : 113 centimètres.

La malade n'a pas de dyspnée; pouls: 112, urines normales.

La femme peut conserver la position horizontale sans trop grande gêne. Au toucher : M. Brindeau trouve un col élevé, le segment inférieur est tendu, le col n'est pas déhiscent.

Le 22 avril, à 10 heures : on pratique la ponction vaginale des membranes et on retire 10 litres de liquide; la malade est soulagée aussitôt. Le toucher, après cela, permet de constater un col perméable qui permet l'introduction du doigt. On sent même une partie fœtale très élevée qui semble être une face.

Le 23 avril, à 7 heures : la malade ressent quelques petites douleurs très irrégulières. Dilatation de 1 franc. La température rectale est de 37°5, le pouls à 100. Au cours de la journée, les contractions se poursuivent régulièrement et deviennent de plus en plus intenses.

A 18 h. 50 : Le toucher est pratiqué, la dilatation est complète, on arrive sur la saillie de l'épaule gauche déjà très engagée. Après 5 minutes d'efforts expulsifs, la femme donne naissance à une fille mort-née pesant 770 grammes, dégagée en *conduplicato corpore* et présentant sur l'épaule gauche

une bosse séro-sanguine à ses débuts. On pratique à nouveau le toucher et on constate l'existence d'une seconde poche ovulaire intacte derrière laquelle on sent un petit siège décomplété.

A 19 h. 10 : un fœtus est expulsé en siège, enveloppé dans son amnios. Il est du sexe féminin et mort-né. La quantité de liquide est normale.

A 19 h. 50 : A lieu la délivrance naturelle. Le chorion et la caduque sont presque totalement retenus. La cloison de séparation est formée de 2 amnios. Le placenta est unique et on remarque sur la face fœtale les anastomoses vasculaires des 2 circulations.

Le premier fœtus : 770 grammes; le deuxième: 670 grammes. Urines normales.

Le placenta pèse 700 grammes; il est allongé, les cotylédons sont déchiquetés. Les cordons ont tous deux une insertion excentrique en raquette; leur volume est normal et leur longueur est de 45 à 52 centimètres.

Analyse du liquide amniotique :

Culot de centrifugation : nombreuses cellules.

Quelques globules blancs et rouges.

Quelques petits diplocoques et lymphocytes.

Volume : 12 litres.

Densité : 1007.

Réaction neutre au tournesol.

<i>Extrait sec, par litre</i>	11 gr. 50
<i>Cendres</i>	9 gr. 50
<i>Chlorures (NaCl)</i>	6 gr. 45
<i>Phosphates</i>	0 gr. 116
<i>Albumine</i>	1 gr. 50
<i>Urée</i>	0 gr. 50
<i>Glucose</i>	traces, moins de 0 gr. 30

Réactions de Meyer et Weber positives.

(Observation XXII, in thèse de Réglade, Paris, 1920).

OBSERVATION XXXVII

Recueillie par nous dans le Service de la Clinique Obstétricale de M. le Professeur Commandeur (1921).

Mme Julie D..., 22 ans, ménagère. IV^e pare, entre à la Charité, dans le service de la Clinique obstétricale, le 12 décembre 1921, à 10 heures du matin. Elle vient, dit-elle, parce que depuis six heures du matin, elle ressent des douleurs qui se renouvellent toutes les cinq minutes. On la fait immédiatement coucher dans la salle des douleurs.

A. H. : Père en bonne santé. Mère morte de congestion pulmonaire.

A. C. : Cinq frères et sœurs bien portants.

A. P. : Elle croit avoir été nourrie au biberon; ses premiers pas eurent lieu de bonne heure.

Elle a eu la rougeole et la coqueluche dans l'enfance et ne se souvient depuis d'aucun autre épisode pathologique.

Menstruée pour la première fois à 13 ans, ses règles sont régulières et durent de quatre à cinq jours. Ses époques menstruelles auraient été douloureuses pendant les deux premières années.

Première grossesse en 1917. — Bien supportée. Accouchement à la Clinique d'une fille paraissant vigoureuse (2950/520). Cette enfant mourut à un mois de méningite.

Deuxième grossesse en 1919. — Le 13 mai 1919, décollement du placenta normalement inséré. Cet accident nécessita d'urgence une dilatation artificielle à la Bonnaire et l'extraction de l'enfant par craniotomie. La mère présenta un état très grave et une grande quantité d'albumine qui persista pendant 15 jours. Cependant les suites furent assez satisfaisantes et la malade sortit le 2 juin.

Troisième grossesse en 1920. — Le 13 juin 1920, accouchement normal d'une fille d'aspect vigoureux (3000/650). Bien que la mère eût suffisamment de lait, l'enfant n'augmenta pas de poids. En raison du poids élevé du placenta, et des phénomènes antérieurs (surtout la mort du premier enfant), on soumit la malade à un traitement à l'iodure de potassium à raison de deux grammes par jour, et l'enfant à des fric-

tions mercurielles. Le traitement de la fillette fut poursuivi pendant 14 mois; quant à la mère, elle le négligea aussitôt sortie de l'hôpital.

Quatrième grossesse en 1921. — On ne peut préciser à quelle époque a commencé la grossesse actuelle, la malade ayant nourri son enfant jusqu'au mois d'août 1921 et ses règles n'étant pas réapparues.

Cette nouvelle grossesse aurait été assez bien supportée; cependant la malade vint à la consultation à la Charité le 21 novembre 1921, déclarant qu'elle n'avait plus senti remuer son enfant depuis trois jours. M. le Docteur Eparvier qui l'examina ne perçut pas les bruit du cœur.

Le 12 décembre, à 6 heures du matin, la malade commença à souffrir. Ces douleurs rythmées toutes les cinq minutes décidèrent Mme D... à entrer à la Charité, où elle est fut admise à la salle des douleurs de la Clinique. La hauteur utérine est de 24 c/m.

A 10 h. 45, M. le Docteur Eparvier pratique le toucher.

Il trouve une poche des eaux volumineuse et resserrée au niveau du col. Celui-ci est difficile à atteindre parce que très élevé.

Il est dilaté à 4 c/m environ, dur et donne l'impression du tissu cicatriciel.

On ne sent aucune présentation, aucune procidence dans l'intérieur de la poche des eaux.

L'auscultation, pratiquée après ce toucher, est négative.

A 11 h. 45 : rupture spontanée de la poche des eaux. Il s'écoule un liquide rouge noirâtre de macération.

A 12 h. 45 : expulsion simultanée de 2 jumelles pesant respectivement 525 et 580 gr. Ces jumelles sont dans un état de macération avancée.

Le placenta est expulsé spontanément à 12 h. 35; il pèse 320 gr.

Les fœtus et l'arrière-faix sont examinés par M. le Professeur Commandeur, dont voici les constatations :

« Les fœtus sont dans un état de macération très avancée.

Les cordons sont tous deux rétrécis à leur insertion ombilicale. Le placenta est unique avec *une seule poche amniotique*.

L'amnios est décollé sur une moitié de la face fœtale du placenta. Il n'existe pas de trace de cloison séparant les champs placentaires respectifs des enfants. La face maternelle du placenta présente des zones pâles et rouge sombre.

Les cordons s'insèrent au centre du placenta *tout à côté l'un de l'autre*. Une injection poussée par l'un des cordons ressort par l'autre. »

Les suites furent bonnes et la malade sortit le 22 décembre.

OBSERVATION XXXVIII

Recueillie par nous dans le Service de la Clinique Obstétricale de M. le Professeur Commandeur (1924).

Avortement gémellaire à cinq mois. — Grossesse univitellaire. — Hydramnios aiguë. — Deux garçons de 420 et 500 gr. morts quelques minutes après leur naissance.

Mme R..., 38 ans, concierge à Lyon, IV^e pare. Entre dans le Service le 2 décembre 1924.

A. H. : Les parents de la malade sont morts tous deux de la fièvre jaune, le père à 38 ans, la mère à 29 ans.

A. C. : Deux frères et deux sœurs en bonne santé.

A. P. : Nourrie au sein, réglée à 12 ans, régulièrement depuis. Une broncho-pneumonie à 7 ans. La malade a eu trois grossesses antérieures. Pas de fausse-couche.

Première grossesse en 1916. — Au cours de cette grossesse on note des vomissements fréquents, maux de tête et chute abondante des cheveux.

Le 4 août 1917, elle accouche de deux filles, la première vivante et bien portante, du poids de 2.100 grammes, la seconde dans un état de macération avancée et du poids de 1.700 grammes.

Le placenta pèse 530 grammes. L'examen des membranes fait faire le diagnostic de grossesse univitelline.

Deuxième grossesse en 1918, bien supportée. Accouchement d'un enfant vivant, bien portant, du sexe masculin et pesant 3.530 grammes. Placenta, du poids de 540 grammes, sans al-

tération. On note cette fois-là que le liquide amniotique est très abondant. A la suite de cet accouchement la malade a été traitée à l'iodure de potassium.

Troisième grossesse, en 1921, sans incident et accouchement à terme d'une fille bien portante du poids de 3,000 grammes. En résumé, trois grossesses, dont une gémellaire donnant naissance à trois enfants vivants et un macéré.

Quatrième grossesses, grossesse actuelle. — Les dernières règles datent du 14 au 19 juin 1924.

Les premiers mouvements actifs sont perçus vers 4 mois 1/2. Au cours de cette grossesse, la malade se plaint de fréquentes envies de vomir, de céphalées intenses survenant surtout la nuit.

Le 26 novembre, elle se présente à la consultation. L'examen montre un ventre volumineux. On l'envoie à la clinique où l'on fait le diagnostic d'hydramnios sans autres précisions.

Le 1^{er} décembre, à midi, la malade ressent les premières douleurs, d'abord assez espacées, puis se succédant de 5 minutes en 5 minutes.

Le 2 décembre, à 8 heures du matin, les douleurs deviennent plus intenses et la malade entre à la Clinique à 10 heures.

A l'examen : Ventre volumineux. Hu = 48 c/m.

A la palpation, le ventre est uniformément résistant et on ne perçoit aucune partie fœtale.

Le toucher révèle une présentation du siège décomplété, mode des fesses. La poche des eaux se rompt sous le doigt. Il s'écoule quelques cuillerées de liquide amniotique clair et l'accouchement se produit après deux poussées seulement. Un fœtus du sexe masculin, pesant 420 grammes est expulsé; son cœur bat 5 minutes environ.

Un toucher pratiqué peu après, vers 11 heures, révèle la présence d'un deuxième fœtus et d'une grosse poche des eaux qui bombe fortement. Hu : 44 c/m.

La paroi est résistante, on a la sensation d'un kyste de l'ovaire. A 11 heures, le Chef de clinique rompt la poche des eaux. Il s'écoule 7 à 8 litres d'un liquide amniotique

clair, en même temps a lieu l'expulsion soudaine, tête première, d'un deuxième fœtus du sexe masculin, pesant 500 grammes. Il est porté à la couveuse, mais son cœur ne bat que 10 minutes environ.

Hu : 22 c/m. La paroi abdominale est souple et relâchée. Le placenta paraît très adhérent. A 19 heures, le placenta étant toujours retenu, l'interne procède à la délivrance artificielle. Celle-ci démontre que la masse placentaire était retenue par des adhérences dans la corne utérine droite. L'arrière-faix n'a pu être examiné. Il y eut une perte sanguine de 300 grammes environ. Après cette délivrance, il se produisit une rétraction de l'anneau de Bandl.

Les suites de couches furent normales.

La malade sortit guérie le 19 décembre 1924.

OBSERVATION XXXIX

Recueillie par nos soins dans le Service de Clinique obstétricale de M. le Professeur Commandeur (1925).

Mme P..., 17 ans, couturière, 1^e pare, ressent ses premières douleurs le 19 janvier 1925, à 9 heures du matin. Elle va quand même à son atelier. Les douleurs ne tardèrent point à prendre un caractère tellement inquiétant qu'on la fit transporter d'urgence à la Clinique obstétricale où on la fait immédiatement monter à la salle de travail. Il est 11 h. 20.

Les antécédents de cette malade ne nous apprennent rien d'intéressant.

Ses dernières règles sont du 27 au 31 juillet. Sa grossesse a été bien supportée ; à part quelques maux de tête dans les premières semaines, aucun incident pathologique.

Les premiers mouvements actifs ont été perçus au début de décembre.

A 11 heures 30, Mme P... présente des douleurs expulsives; presque aussitôt rupture d'une poche, mais cette rupture, pense-t-on, doit être incomplète, car peu de temps après on voit apparaître à la vulve une nouvelle poche des eaux que l'on rompt artificiellement à 11 h. 45.

Il s'en écoule un liquide très abondant que l'on évalue à 2 litres. La hauteur utérine est à ce moment de 23 centimètres.

Un toucher est alors pratiqué et donne les résultats suivants :

Col très dur, épais et dilaté à deux doigts.

Petite tête au détroit supérieur.

On ne sent ni suture, ni fontanelle.

L'auscultation est négative.

A la palpation, on a l'impression d'une tête occupant le fond utérin.

Les douleurs ont cessé à midi.

Vers 14 h., les douleurs ont repris, espacées de 5 minutes environ. A 14 h. 45, expulsion d'un fœtus qui sort, avant qu'on ait le temps d'intervenir, en présentation céphalique. Cet enfant est vivant et du sexe masculin.

Une minute après, avec une seule douleur, la malade expulse spontanément un dernier fœtus également vivant et en présentation céphalique. Ce deuxième enfant est du sexe féminin. Les poids respectifs de ces fœtus sont : pour le premier, 780 gr.; pour le deuxième, 630 gr.

Ils sont, aussitôt nés, portés à la couveuse, où ils meurent en 5 et 6 heures.

A 15 h. 5, délivrance par simple expression, avec perte sanguine de 200 gr.

Elle se compose de deux placentas, d'un poids total de 365 gr. Les deux masses placentaires sont réunies par une cloison membraneuse formée de 4 membranes.

Le 23 janvier, on fait à la malade une réaction de Wassermann qui est négative.

Mme P... a présenté, du 19 au 23 janvier, un disque d'alumine, qui disparut le 24 janvier.

Hormis cet incident, les suites de couches furent normales.

Mme P... quitte l'hôpital le 30 janvier dans un état satisfaisant.

OBSERVATION XL

Recueillie par nos soins dans le Service de la Clinique obstétricale de M. le Professeur Commandeur (1925).

Hydramnios à marche rapide. — Avortement gémellaire à 4 mois et demi après rupture spontanée des membranes. Hémorragie de la délivrance (700 gr.).

Mme F..., sans profession, 1^e pare, 21 ans.

A. H. : Père et mère vivants et en bonne santé.

A. P. : Nourrie au biberon à la campagne, elle ignore la date de ses premiers pas. Rougeole, varicelle, coqueluche dans sa première année.

Réglée à 12 ans 1/2, elle a eu depuis une menstruation régulière. Bonne santé habituelle.

Mariée à 20 ans. La malade est enceinte de 4 mois; ses dernières règles sont du 7 décembre 1924.

En mars, Mme F... s'aperçoit qu'elle a des pertes rouges et blanches. Un médecin consulté ordonne le repos. Ce qu'elle fit. Au bout de dix jours, disparition des pertes et la malade reprend ses occupations. Très rapidement, alors, elle voit son ventre grossir; en même temps, elle souffre violemment dans la région lombaire et dans les membres inférieurs.

La malade vient à la consultation de la Charité le 27 avril. M. le Professeur Commandeur l'examine et constate :

Un utérus volumineux, une hauteur utérine de 29 centimètres, une hypertension permanente du muscle utérin, empêchant toute perception de parties fœtales et toute auscultation.

Au toucher, il sent un segment inférieur hypertendu donnant la sensation d'une poche des eaux bombante. Le col, à peu près complètement effacé, commence à s'ouvrir et laisse percevoir le pôle inférieur de l'œuf.

Mme F... accuse des tiraillements abdominaux et lombaires et se plaint d'une insomnie remontant à plusieurs jours.

En présence de tels faits, on conseille vivement à la malade de rentrer dans le service.

Mme F... quitte la Charité après cet examen, mais en ren-

trant chez elle, elle commence à faire des eaux et revient à l'hôpital, continuant à perdre. Elle est immédiatement admise à la salle de travail, où l'on recueille 5 litres de liquide amniotique. Il est 14 heures. Les douleurs sont très faibles.

L'avortement a lieu le lendemain 28 avril 1925, à 7 heures du matin, au bout de 18 h. 45 de dilatation et de 15 minutes d'expulsion.

Deux jumelles naissent successivement : la première en siège, pesant 280 gr.; la deuxième en sommet, pesant 205 gr. Elles succombent en quelques minutes.

La délivrance se produit à 8 h. 30, une heure et demie après l'avortement, avec une hémorragie de 700 gr.

Le placenta est unique et pèse 360 gr. Un cordon présente à 2 centimètres du bord une insertion vélamenteuse. On constate trois hématomes du volume d'une grosse prune sur la face fœtale.

Les suites de couches furent satisfaisantes. Mme F... sort guérie le 11 mai.

OBSERVATION XLI

Recueillie par nous dans le Service de M. le Professeur Commandeur à la Clinique obstétricale de Lyon (1925).

La nommée P..., 28 ans, II^e pare, entre à la deuxième Infirmerie pour fausse-couche. Cette femme, qui exerce la profession de ménagère, n'aurait jamais eu la moindre maladie.

Sa première grossesse, normale, lui aurait donné une petite fille bien portante. Jamais elle n'aurait eu de fausse-couche avant celle qui l'amène aujourd'hui 24 mai. Mme P... déclare qu'elle devait avoir ses règles le 21 février et qu'elle ne les vit point. Quelques vomissements apparurent. Le jeudi 21 mai, la malade perd assez abondamment du sang sans caillots.

Un praticien lyonnais, appelé auprès d'elle, fait le diagnostic de menace de fausse-couche et lui ordonne le repos. Le lendemain, il revoit Mme P..., et devant des phénomènes nouveaux, assez mal précisés par la malade, il lui conseille d'entrer à la Charité.

Mme P... entre, en effet, le dimanche 24 mai à la Charité où elle est admise aussitôt à la deuxième Infirmerie.

Le lundi matin, 25 mai, à 6 h., a lieu l'impulsion d'un fœtus macéré du sexe masculin, long de 20 centimètres environ. La délivrance ne se produisant pas, on donne deux cachets de 0 gr. 50 de sulfate de quinine. A 11 h., expulsion d'un deuxième fœtus, de même longueur, de même sexe que le premier, mais vivant.

Une hémorragie abondante survenant ensuite, M. Gaucherand, chef de clinique, pratique, sous anesthésie générale, une délivrance artificielle.

Les suites furent bonnes et la malade sortit guérie le 2 juin.

OBSERVATION XLII

Recueillie par nos soins dans le service de Clinique obstétricale de M. le Professeur Commandeur (1925).

Mme M..., 24 ans, ménagère, 1^o pare.

A. H. : Père et mère en bonne santé.

A. C. : Deux frères et une sœur en bonne santé; un frère mort du muguet à 10 mois, dit la malade.

A. P. : Nourrie au sein, elle a marché à 13 mois. Réglée à 13 ans, elle a depuis des règles régulières, mais peu abondantes. Elle a toujours joui d'une excellente santé.

Enceinte pour la première fois, ses dernières règles sont du 7 au 9 mars.

Elle se souvient de la date des premiers mouvements actifs.

Elle entre à la Clinique, dans la salle de travail, le 1^{er} octobre 1925, à 7 heures du matin. L'âge de sa grossesse est donc de 6 mois 1/2.

On se trouve en présence d'une femme de taille moyenne, au squelette et aux seins bien conformés. Rien à signaler au cœur et aux poumons, pas de varices, pas d'œdème. L'examen obstétrical révèle un utérus à parois souples, à situation médiane et dont le fond est à 31 centimètres au-dessus du pubis. Le palper fait percevoir une tête fixée et une autre dans la corne utérine droite.

Les bruits du cœur sont maximum au niveau de l'ombilic.

La malade aurait fait les eaux le 30 septembre, à 23 h. 30; on ne sait rien ni sur leur coloration, ni sur leur quantité. La dilatation complète est réalisée le 1^{er} octobre, à 8 h. 30.

Un premier fœtus (un garçon) se dégage en occipito-pubienne à 9 h. 5; il pèse 1.320 grammes.

Deuxième fœtus (une fille) se dégage en sacro-transverse cinq minutes après, son poids est de 1.250 grammes.

La sortie du délivre se fait en un temps, 1 h. 35 après l'accouchement. La perte sanguine est de 600 grammes.

L'arrière-faix présente le caractère particulier de deux placentas réunis par un pont membraneux de quelques centimètres.

Le garçon vécut 20 heures, la fille 10.

Les suites de couches furent normales.

OBSERVATION XLIII

*Recueillie par nos soins dans le Service de M. le Professeur
Commandeur à la Clinique obstétricale.*

Mme A..., 19 ans, primipare, entre à la Clinique le 26 novembre 1923, à 10 heures du matin, ayant fait les eaux une heure auparavant.

Il n'y a rien de particulier dans ses antécédents. Ses dernières règles datent du 24 mai. Elle a perçu pour la première et la dernière fois les mouvements actifs au mois de septembre.

Immédiatement admise à la salle de travail, elle avorte, après de courtes douleurs expulsives, d'un premier fœtus en état de macération avancée. Son poids est de 930 grammes. Il est 11 heures du matin.

A 11 h. 50, la vulve s'entr'ouvre à nouveau et on voit apparaître une masse arrondie qui en impose, au premier abord, pour une masse céphalique; en réalité, il s'agit d'un gros cotylédon, qui s'arrête dans sa progression, sous la symphyse, pendant qu'au-dessous se montre un deuxième fœtus,

macéré, inclus dans son sac membraneux, suivi de la délivrance.

Il s'agit donc de l'expulsion en bloc d'un deuxième fœtus du poids de 640 gr. dans son œuf fermé et avec le placenta (710 gr.) Ces deux fœtus sont du sexe masculin et la grossesse est de la variété univitelline.

Ils sont dans un état de macération remontant à 15 ou 20 jours.

Les suites de couches, à part une infection légère, qui dura cinq jours, furent bonnes.

Observations	Parité	Age	Sexe	Variété de la grossesse gémellaire	Date de l'avortement	Mécanisme de l'avortement	Délivrance	Hémorragie	Interventions	Hydramnios	Date de l'apparition de
I	?	?		univitelline	5 m. 4/2	2 fœtus successifs	spontanée	0	ponction abdominale	+	4 m. 1/2
II	IV	28		?	4 m. 1/2	2 fœtus successifs ; 4 ^e rouge sombre, 2 ^e pâle	spontanée	0	2 ponctions abdominales	+	4 m.
III	II	32		univitelline	6 m.	2 fœtus suc. : l'un favorisé l'autre favorisant l'expulsion successive : fœtus morts	spontanée	0	avortement provoqué	+	5 m.
IV	VII	31		univitelline	5 m. 1/2	2 fœtus successifs à 1 h 4 d'heure d'interv.	spontanée	0	laparotomie et rupture des membranes	+	5 m.
V	VI	29		univitelline	5 m.	2 fœtus successifs à 1 h 4 d'heure d'interv.	spontanée	0	rupture des membranes	+	3 m. 1/2
VI	I	29		univitelline	5 m. 3/4	2 fœtus successifs	spontanée au bout de 15 min.	0	rupture des membranes	+	3 m.
VII	I	?	+	univitellinae	5 m.	2 fœtus morts-nés suc.	artificielle	0	0	+	4 m. 1/2
VIII	III	23	?	univitelline	5 m.	1 fœtus macéré, 1 1/4 h. après, 2 ^e succombant en quelques minutes	spontanée	0	0	+	?
IX	V	34	?	?	6 m.	1 fœtus aséptique, suivi aussitôt d'un macéré	spontan., 2 h. 12 après l'accident	0	ponction abdominale	+	3 m.
X	V	37		?	6 m. (?)	2 fœtus successifs	spontanée	0	ponction abdominale	+	4 m. (?)
XI	V	30		?	6 m.	2 fœtus successifs	?	0	paracentèse abdomin.	+	audébut
XII	II	?	+	univitelline	5 m. 1/2	2 fœtus successifs	Artif. Decollement Pa 4 m. 1/2	+	0	+	4 m. 1/2
XIII	IX	33		univitelline	?	2 fœtus successifs	spontanée	0	ponction vaginale	+	?
XIV	VII	32		univitelline	5 m. 3/4	2 fœtus successifs	artificielle	1500 grs	rupture des membranes à dilat. comp.	+	4 m.
XV	IV	22		univitelline	5 m.	1 ^{er} fœtus, puis un 2 ^e expulsé dans ses membranes	spontanée	0	0	+	4 m.
XVI	III	25		univitelline	4 m.	2 fœtus successifs	spontanée	0	rupture des membranes à dilat. comp.	+	4 m.
XVII	II	25	?	univitelline	6 m.	2 fœtus macérés suc.	spontanée	0	laparotomie à 5 mois,	+	4 m. 1/2
XVIII	I	23		univitelline triamniotique	4 m. 3/4	1 fœtus mort et momifié, 2 ^e fœtus vivant hydram., 3 ^e fœtus viv.	spontanée 1 heure après	0	rupture des deux dérnieres poches.	+	4 m. 1/2
XIX	III	23		univitelline	5 m.	2 fœtus successifs	artificielle	0	ponction vaginale et avortement provoqué	-	4 m.
XX	IV	31		univitelline	5 m. 3/4	2 fœtus successifs	spontanée	0	ponction de l'œuf	+	4 m.
XXI	II	29	?	univitelline monoamniotique	5 m.	2 fœtus suc. à 1/4 h. tous deux macérés.	spontanée	0	rupture des membranes	+	1 m.

XXIII	?	?	univitelline	5 m. 1/2	2 fœtus successifs	spontanée	0	2 ponctions vaginal. la 2 ^e 43 jours après la 1 ^{re}	+	2 m.
XXIV	III	34	univitelline	4 m. 1/2	1 ^{er} fœtus hydramniotique, 2 ^e fœtus expulsé dans ses membranes	spontanée	0	0	+	4 m.
XXV	V	36	univitelline monoamniotique	5 m.	expulsion successive de 2 fœtus morts, non macérés	spontanée 20'	+	ponction abdominale	+	3 m.
XXVI	I	20	bivitelline	5 m. 3/4	1 fœtus macéré, 2 ^e fœtus vivant	spontanée	0	rupture des membranes à dilat. comp. rupture 2 ^e œuf (hydro.)	+	3 m.
XXVII	I	26	univitelline	5 m. 1/3	2 fœtus successifs	spontanée 30'	0	rupture 2 ^e poches eaux	+	5 m.
XXVIII	I	18	univitelline	5 m.	2 fœtus successifs à 20 minutes d'intervalle	spontanée 1'	0	rupture 2 ^e poches (hydroamniotique)	+	3 m.
XXIX	II	?	univitelline	5 m. 3/4	2 fœtus successifs à 1 1/4 d'heure d'interv.	spontanée	0	dilatation du col et rupture des 2 poches	+	4 m.
XXX	XII	38	univitelline	5 m. 1/2	2 fœtus successifs	spontanée 40'	0	ponction abdominale	+	5 m.
XXXI	III	26	univitelline	5 m.	2 fœtus successifs	artificielle	+	ponction vaginale	+ et ictère	5 m.
XXXII	IV	36	univitelline	6 m. 1/4	2 fœtus succ. à 1/4 h. d'intervalle : 1 ^{er} transfuse, 2 ^e transfuseur.	spontanée	0	ponction vaginale	+	4 m.
XXXIII	III	30	univitelline	5 m. 1/2	2 fœtus successifs	spontanée	0	ponction vaginale	+	5 m.
XXXIV	I	34	univitelline	5 m. 1/2	2 fœtus successifs	spontanée	0	dilatation du col	+	4 m.
XXXV	VII	38	univitelline	6 m.	2 fœtus successifs à 1 1/4 h. intervalle dont un macéré	spontanée mais incomplète d'où curage	0	ponction vaginale + dilatation par ballon de Champetier	+	4 m.
XXXVI	II	28	univitelline	5 m. 3/4	2 fœtus successifs à 1/4 h. intervalle	spontanée 40'	0	ponction vaginale	+	?
XXXVII	IV	22	univitelline monoamniotique	5 m.	Expulsion simultanée de 2 fœtus macérés	spontanée 10'	0	0	0	0
XXXVIII	IV	38	?	5 m.	2 fœtus successifs	artificielle au bout de 8 h.	300 grs	rupture artificielle 2 ^e poche	+	4 m. 1/2
XXXIX	I	47	bivitelline	5 m. 1/2	2 fœtus successifs	spontanée 45'	200 grs	rupture des membr.	légère	?
XL	I	21	univitelline	4 m. 1/2	2 fœtus successifs	spontan. 1 h. 1/2	700 grs	0	+	3 m 1/2
XLI	II	28	?	3 m.	1 ^{er} fœtus macéré 2 ^e fœtus, 5 heures après	artificielle	+	0	0	0
XLII	I	24	bivitelline	6 m.	2 fœtus successifs	spontan. 1 h. 35	600 grs	0	0	0
XLIII	I	49	univitelline	6 m.	1 ^{er} fœtus macéré. 2 ^e fœtus expulsé dans son œuf avec placenta	placenta expulsé avec le 2 ^e fœtus	0	0	0	0

CHAPITRE III

Etude clinique

1. — Fréquence de l'avortement gémellaire

Par avortement gémellaire, nous entendons (pour les raisons exposées dans les deux chapitres précédents) : l'expulsion spontanée ou provoquée de deux embryons, ou de deux fœtus non viables.

Il est évidemment difficile de donner exactement le pourcentage des avortements par rapport aux accouchements à terme dans les grossesses simples : ne sait-on pas que ce pourcentage serait singulièrement faussé par les avortements criminels ?

Il n'en reste pas moins vrai que la fréquence de l'avortement spontané paraît beaucoup plus grande dans la grossesse gémellaire.

Pinard, sur 150 cas de grossesse gémellaire, donne la statistique suivante, basée sur l'âge de la grossesse :

Femmes à terme ou près du terme	42 cas
— à 8 mois et demi	24 —
— à 8 mois	35 —
— à 7 mois et demi	10 —

—	à 7 mois	14	—
—	à 6 mois et demi	9	—
—	à 6 mois	7	—
—	à 5 mois et demi	5	—
—	à 4 mois et demi	1	—
—	à 4 mois	3	—

En admettant que, pratiquement, les fœtus ne sont guère viables qu'à partir du septième mois, nous aurons 25 interruptions de grossesses incompatibles avec la survie de l'enfant, soit en l'espèce une pour six grossesses, ou encore une fréquence d'expulsion de fœtus non viables de 16,66 %.

P. Seegert, en 1903, publia une statistique relative à la grossesse gémellaire (*Zeitsch. f. geb.*, 1903, Bd. XL, iv, Heft., 2, p. 206). Cet auteur a compulsé, à la Clinique du Professeur Olshausen, à Berlin, les cas de grossesse gémellaire du 1^{er} janvier 1890 au 3 janvier 1902. Dans cet espace de 13 années, sur 15.977 accouchements, il y eut 233 accouchements gémellaires ; soit une fréquence de 1,45 %. Sur ces 233 grossesses gémellaires, 200 sont allées au delà de huit mois ; 33 sont restées en deçà ; soit sensiblement une proportion de 14,16 % d'interruptions prématurées, dont, vraisemblablement, un nombre relativement considérable ont dû être incompatibles avec la survie des enfants.

2. — Date d'interruption de la grossesse

La grossesse gémellaire est interrompue le plus fréquemment dans le courant du cinquième mois. Voici, du reste, des précisions tirées de notre tableau :

Avortement à 3 mois.....	1 cas
— à 4 mois.....	5 —
— au 5 ^e mois.....	26 —
— à 6 mois.....	10 —

3. — Parité et âge de la mère

Nous ne saurions émettre une opinion sur ces questions ; nous allons exposer simplement les faits en notre possession et les ferons suivre de conclusions de personnes autrement autorisées.

1. — Age de la mère

et variété de la grossesse gémellaire.

Mères de moins de 20 ans. — 3, dont 2 eurent une grossesse univitelline, et 1 qui eut une bivitelline.

Mères de 20 à 24 ans. — 9, dont 6 univitellines et 3 bivitellines.

Mères de 25 à 29 ans. — 8, dont 6 univitellines et 2 inconnues.

Mères de 30 à 34 ans. — 10, dont 8 univitellines et 2 inconnues.

Mères de 35 à 39 ans. — 6, dont 4 univitellines et 2 inconnues.

M. Apert, dans son ouvrage *Les Jumeaux*, conclut à ce sujet (p. 58) : « L'âge influe à peine sur la fréquence des grossesses univitellines. Son action porte tout entière sur les grossesses bivitellines, lesquelles sont deux fois plus fréquentes en plein âge mûr de la femme, entre 30 et 39 ans, que dans la jeunesse, ainsi qu'aux approches de la ménopause. »

2. — *Parité.*

Voici les précisions fournies par notre tableau :

- 11 primipares,
- 7 II pares,
- 6 III pares,
- 6 IV pares,
- 4 V pares,
- 1 VI pare,
- 3 VII pares,
- 1 IX pare,
- 1 XII pare,

soit une proportion de onze primipares contre vingt-neuf multipares.

Rappelons, au sujet de la parité, que M. March, directeur de la Statistique en France, conclut que la proportion des accouchements multiples croît quand le numéro d'ordre de la naissance augmente. (M. March, in Apert, *Les Jumeaux*, p. 60.)

4. — Etude de l'œuf et hydramnios aiguë à marche rapide

Nous allons envisager successivement : l'arrière-faix dans nos grossesses bivitellines et univitellines, le liquide amniotique au sujet du quel nous essayerons d'esquisser un rapide tableau de l'hydramnios aiguë à marche rapide et l'état des fœtus.

Arrière-faix dans nos grossesses bivitellines.

Nous retrouvons trois cas de cette variété de grossesse gémellaire (Observation 22, 39, 42) ; tous les trois proviennent de primipares. Les arrière-faix ont un poids moyen de 368 gr. Tous ont été expulsés en un temps et spontanément, suivant l'expulsion des fœtus en un temps qui varia de 15 minutes à 1 h. 1/2. Ils étaient constitués par deux masses placentaires, de formes variables, réunies par un pont membraneux. La cloison d'adossement des deux œufs fut chaque fois composée de deux amnios et de deux chorions ; il n'y eut jamais de caduque au niveau de la surface de contact des deux œufs.

Dans deux de ces observations, il y eut un excès de liquide amniotique ; dans l'observation 22, les deux œufs furent hydramniotiques, un seul le fut dans l'observation 39. Nous reviendrons sur ce fait, à propos de l'hydramnios.

L'observation 26 nous offre un quatrième exemple de grossesse bivitelline et non le moins curieux ; aussi, la citons-nous à part. Incontestablement bivitelline, puisque la cloison de séparation des deux

œufs est formée de 4 membranes (2 amnios et 2 chori-
ons), la masse placentaire y est unique, avec une
grossière ébauche de division sur sa face mater-
nelle et, ce qui est bizarre, les cordons s'anastomosent
au niveau de leur insertion.

N'est-ce pas là une forme de transition entre la
grossesse bivitelline et l'univitelline ? N'y a-t-il pas
eu des communications vasculaires entre les deux
circulations fœtales ? Ce qui expliquerait l'hydram-
nios comparable à celle de nos grossesses univitel-
lines ?

Arrière-faix dans nos grossesses univitellines.

Rappelons que, dans cette variété de grossesse gé-
mellaire les deux cordons s'insèrent sur un même
placenta ; il y a une seule caduque et un seul chorion ;
en général, il y a deux amnios distincts, donc deux
poches des eaux distinctes ; très exceptionnellement,
il n'existe qu'un seul chorion et une seule poche des
eaux.

Nous sommes donc naturellement conduit à exa-
miner :

1° L'arrière-faix dans nos grossesse univitellines
et mono-amniotiques ;

2° L'arrière-faix dans nos grossesses univitellines
et bi-amniotiques.

1° *Arrière-faix dans nos grossesses univitellines
et mono-amniotiques.* — Les observations 21, (très
aimablement offerte par M. Plauchu), 25 (Brindeau
et Cyrille Jeannin), 37 (personnelle), nous fournis-

sent trois arrière-faix de ce type. Tous trois proviennent de multipares ; deux d'entre eux renfermèrent un excès de liquide amniotique. Leur poids varie de 400 à 900 gr. Ils sont constitués par une masse placentaire unique, dans laquelle les vaisseaux des deux jumeaux communiquent largement. Dans un seul cas (Obs. 37), la face maternelle présente des modifications de coloration caractérisées par des plages alternativement rouges et pâles ; dans les deux autres cas, aucune altération placentaire n'est signalée.

Faut-il voir là des infarctus à des stades différents d'organisation ? Nous ne saurions nous prononcer. Nous n'avons pas vu la pièce. Il eut été intéressant cependant de l'examiner ; peut-être eût-on pu éclairer la pathogénie de cet avortement, où l'hydramnios n'est point en cause.

Cette face placentaire ne permet pas de reconnaître de différence de coloration ou d'aspect entre les territoires respectifs des enfants.

Les cordons s'implantent en des points rapprochés l'un de l'autre. Dans le cas de Brindeau et Jeannin, nous les voyons s'intriquer en un double nœud en huit de chiffre et ces auteurs insistent particulièrement sur la fréquence de cet accident et en font le principal élément de la mort des fœtus (voir leur observation). M. Plauchu ne signale rien de particulier quant aux funicules ; l'observation 37 mentionne seulement un rétrécissement des cordons au niveau de leur insertion ombilicale. Par son bord, la masse placentaire offre adhérence à une seule poche ovulaire constituée par trois membranes.

2° *Arrière-faix dans nos grossesses univitellines et bi-amniotiques.* — Ces arrière-faix représentent la grande majorité ; nous en comptons, en effet, trente cas. Presque tous proviennent de multipares. Nous répétons que nous ne saurions rien conclure de ce fait et croyons avec M. Apert que l'âge et la parité influent à peine sur la fréquence de la grossesse univitelline.

La masse placentaire unique n'offre d'altérations que dans un seul cas (Obs. 30) ; le placenta y est pâle, œdématisé et friable. Faut-il considérer ces lésions comme des lésions syphilitiques ? C'est probable, mais nous manquons de détails pour l'affirmer.

Les cordons des œufs hydramniotiques ont fréquemment une insertion marginale ou vélamenteuse avec un méso plus ou moins étendu ; ils sont gros, œdématisés ; quelquefois ils présentent des nodosités whartoaniennes et vasculaires ; quelquefois aussi, au niveau de leur insertion, ils perdent leur gaine de gélatine de Wharton et se trouvent réduits à leurs vaisseaux et à leur enveloppe amniotique. Leur champ de distribution vasculaire est plus étendu que celui du cordon non hydramniotique. Ce dernier, au contraire, est maigre et s'insère en plein champ placentaire.

La cloison de séparation des deux œufs est formée par deux amnios.

Les anastomoses vasculaires sont visibles, pour peu qu'on les recherche avec soin.

Une injection poussée par l'un des cordons ressort par l'autre.

Hydramnios aiguë à marche rapide.

Il nous faut distinguer entre l'hydramnios survenant dans les grossesses bivitellines et l'hydramnios qui se manifeste dans les univitellines.

L'hydramnios des bivitellines doit être envisagée avec le même esprit que celle des grossesses simples.

Les observations 22 et 39 nous en fournissent deux types ; dans l'observation 22, les deux œufs furent hydramniotiques ; un seul œuf le fut dans l'observation 39. On ne saurait incriminer, dans ces cas, ni les anastomoses vasculaires, ni, comme le pense Pinnard, le volume au-dessus de la moyenne des fœtus, ni les malformations fœtales (on n'en signale point) ; la syphilis, non plus, ne semble pas devoir être mise en cause, puisque la réaction de Wassermann, pratiquée pour la malade de l'observation 39, fut trouvée négative. Aucune maladie générale n'est mentionnée d'autre part. On le voit, de telles constatations ne sont guère en faveur des théories pathogéniques habituelles invoquées pour expliquer cet accident. Nous sommes, d'ailleurs, dans l'impossibilité d'apporter une explication valable et la question de ce genre d'hydramnios reste, selon nous, entière.

Nous concluons, toutefois, que cet excès de liquide amniotique n'a pas imprimé à la grossesse gémellaire bivitelline ces caractères si spéciaux que nous allons maintenant étudier dans l'univitelline.

Les travaux lyonnais de MM. Plauchu et Marcel Béquain et la récente thèse parisienne de M. Réglade (voir chap. 1^{er}), semblent avoir assigné à l'hydramnios aiguë une physionomie définitive. Nous ne don-

nerons donc pas un exposé complet de la question ; nous allons simplement exposer le résultat de nos recherches.

Nous retrouvons cet accident avec *ses allures spéciales dans 37 cas ; dans 30 cas, où le genre de la gémellité est mentionné, nous constatons qu'il s'agit de gémellaires univitellines.*

L'hydramnios fait, en moyenne, son apparition au début du quatrième mois. Elle fut souvent précédée de nausées, de vomissements, de phénomènes douloureux dans la région épigastrique, dans les lombes et les membres inférieurs. Rapidement, en quelques jours ou quelques semaines au plus, l'abdomen de la malade prend un tel développement que des phénomènes de compression apparaissent et le tableau clinique se trouve au complet.

L'insomnie, une constipation opiniâtre, une accélération du pouls sont constantes ; un faciès péritonéal, une dyspnée pénible, un œdème considérable des membres inférieurs et de la région sus-pubienne, une ascension thermique légère, des troubles urinaires caractérisés par de l'oligurie et de la glycosurie, sont fréquents, mais variables d'une observation à l'autre. Les signes physiques se montrent, par contre, d'une fixité remarquable, tout au moins dans leur présence. L'inspection montre un ventre énorme, hors de proportion avec l'âge de la grossesse ; souvent une circulation veineuse très développée s'y dessine.

La palpation montre un abdomen tendu ; la percussion révèle de la matité, sauf dans les flancs, où l'intestin est refoulé. La tension est telle, qu'il est

souvent difficile, impossible même, de percevoir des parties fœtales ou les bruits cardiaques des fœtus.

Quand la distension est intense, l'utérus se révolte, et des contractions utérines surviennent, annonçant le début d'une expulsion naturelle qui soulagera la malade.

D'autre fois (dans 21 de nos observations), des symptômes fonctionnels alarmants, nécessitèrent des interventions qui précipitèrent l'avortement.

Etat des fœtus.

Les sexes furent croisés dans les observations 22, 39 et 43. Le poids des fœtus dans ces grossesses ne fut rigoureusement le même que dans l'observation 22; dans les autres cas, ils présentèrent entre eux des différences pondérales variant de 150 à 170 gr.

Leur vitalité fut très variable, et leur vie dura de quelques instants à 20 heures.

Dans nos autres observations, les fœtus témoignent d'altérations plus marquées et d'une longévité bien plus faible. La plupart sont morts-nés ou succombent en quelques minutes; dans quatre cas, les deux fœtus étaient macérés; dans cinq, un seul le fut.

Dans nombre d'entr'elles (il s'agit d'univitellines spécifiées), les fœtus présentent l'aspect bien connu de fœtus transfuseur et fœtus transfusé. Est-il besoin de les décrire? La littérature obstétricale en offre de nombreux exemples, parmi lesquels nous retrouvons, avec plaisir, une communication de M. le Professeur Commandeur et de M. Croisier, exposée le 19 mai 1913 et reproduite en 1914 par les *Archives Mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*.

Nous n'insisterons donc pas sur ce point et concluons que c'est *presque uniquement parmi nos grossesses univitellines que nous retrouvons des macérés et des altérations fœtales.*

5. — **Étiologie. Pathogénie.**

Il est classique de diviser les causes de l'avortement en : 1° causes provenant du père; 2° causes provenant de la mère; 3° causes provenant d'une maladie du fœtus ou de l'œuf.

1° *Causes provenant du père.* — Dans deux cas seulement nous avons des renseignements à ce sujet, et chaque fois la syphilis paternelle est en cause. (Obs. 7 et 12). Nous ajouterons que chaque fois aussi, la grossesse fut univitelline.

2° *Causes provenant de la mère.* — Une seule fois la syphilis maternelle est mentionnée d'une façon indiscutable (Obs. 35). Il s'agissait très probablement d'une grossesse univitelline. Il nous est permis de soupçonner cette maladie chez huit autres femmes; mais sans plus. Quant aux autres causes : intoxications, maladies chroniques ou aiguës, etc., qui figurent dans les traités d'accouchement, nous ne saurions les examiner, puisque nos observations ne les font même pas pressentir.

3° *Causes provenant de l'œuf.* — Rappelons qu'elles peuvent résulter elles-mêmes d'une maladie de l'un des deux procréateurs. En tout cas, ce qui domine, c'est l'hydramnios aiguë à marche rapide; moins cause, à notre avis, que facteur *pathogénique* de l'avortement gémellaire.

Nous nous expliquons. L'hydramnios aiguë, en effet, s'observe presque uniquement, dans les grossesses univitellines, et nous pensons volontiers, avec M. Apert, que la syphilis, qui se complait à créer des anomalies a pu, pour une bonne part (il ne faut pas perdre de vue, en effet, les facteurs de dystrophie tels que l'alcoolisme, la tuberculose, le surmenage, la misère), produire cette anomalie spéciale qu'est la grossesse univitelline ; mais nous estimons que cette infection est étrangère à l'hydramnios aiguë, au moins en tant que cause immédiate ou première. Cet accident résulte, comme l'ont montré les derniers travaux, des anastomoses circulatoires qui rendent solidaires les deux fœtus. La conséquence d'un état de fait, ne saurait donc être considérée comme une cause.

Mais si l'hydramnios n'est point cause première de l'avortement gémellaire, il constitue le seul mais important facteur pathogénique que nous puissions mettre en lumière. Son action est simple : par l'accumulation excessive du liquide amniotique, la contraction utérine se trouve excitée ; le travail ainsi se déclanche provoquant l'avortement.

Les autres facteurs qui interviennent dans les cas non hydramniotiques, sont probablement la syphilis et la gémellité elle-même.

6. — Marche et diagnostic de la grossesse

Les grossesses bivitellines furent interrompues ; l'une à 5 mois et demi ; les deux autres à 6 mois. Leur diagnostic se fait par les divers procédés d'investigation en usage en obstétrique.

Les grossesses univitellines, hormis deux cas (Obs. 37 et 43), furent toutes masquées par l'hydramnios aiguë. Elles se terminèrent par un avortement qui se produisit avec une prédilection marquée, dans le courant du cinquième mois.

Faire leur diagnostic, revient donc à faire celui de l'hydramnios aiguë. M. Plauchu, dans son travail, M. Béquain, dans sa thèse de Lyon, ont longuement insisté sur ce point. Nous renvoyons à ces auteurs.

7. — Description de l'avortement gémellaire

a) *Expulsion des jumeaux.*

Après rupture spontanée ou artificielle des membranes, le plus souvent se produit une expulsion successive des jumeaux.

Deux fois (Obs. 15 et 24), le second fœtus fut expulsé dans ses membranes ; une fois (Obs. 43), dans un œuf complet ; une fois en même temps que le premier (Obs. 37) ; une fois cinq heures après (Obs. 41).

b) Délivrance.

Au 3^e et au 4^e mois. — Nous n'avons qu'un seul cas cas d'avortement à 3 mois (Obs. 41).

Une hémorragie se manifestant après l'expulsion du second jumeau (celui-ci ne vint au monde que cinq heures après le premier), on fut obligé de pratiquer une délivrance artificielle.

Sur cinq délivrances au quatrième mois, trois se produisirent immédiatement et spontanément; une, spontanément au bout d'une heure; une autre enfin, dans les mêmes conditions, au bout d'une heure et demie.

Au 5^e et au 6^e mois. — Ce sont les plus nombreuses (37).

Dans sept cas, elle eut lieu artificiellement et dans quatre cas il y eut une hémorragie qui varia de 300 à 1.500 gr.

Chez quatre malades, elle se produisit spontanément avec une hémorragie qui varia de 200 à 700 gr.; chez toutes les autres, elle fut spontanée. La durée de la délivrance varia de quelques instants à 2 heures et demie.

8. — Evolution et pronostic

L'avortement gémellaire nous apparaît, dans nos 43 faits, comme dépourvu de malignité.

La rétention placentaire, si fréquente dans le travail de Maygrier et Démelin, et si redoutée par eux,

est plutôt rare et ne nous paraît pas justifier leurs craintes.

Aucune complication, aucune mort, ne sont signalées dans nos observations.

9. — Traitement de l'avortement gémellaire

1. — *Il n'y a pas d'hydramnios aiguë.*

Le traitement de ce genre d'avortement gémellaire, se résume à celui de l'avortement simple et nous insistons à nouveau sur ce fait qu'il ne nous paraît pas comporter un caractère spécial de gravité.

2. — *Il y a hydramnios aiguë.*

Il faut envisager trois cas :

a) *Les symptômes fonctionnels ne sont pas alarmants et le travail n'est pas déclaré.*

On doit essayer le traitement médical de l'hydramnios.

Repos. — Régime lacté. — Fréquentes dérivations intestinales et diurétiques. — Essai d'un traitement spécifique.

Nous ne cachons pas le peu de chance d'aboutir qu'à une telle thérapeutique. Il faut cependant toujours l'instaurer.

b) *Les symptômes fonctionnels sont alarmants et le travail n'est pas déclaré.*

Il faut recourir à la ponction de l'œuf par le col.

Chez les primipares, ce traitement obstétrical exigera quelquefois une dilatation du col aux bougies de Hégar.

« Il sera bon d'agir dans un col dilaté au préalable, pour permettre le passage de l'index et de ponctionner sur ce dernier en contact avec l'œuf. » (Planchu).

En agissant ainsi, on peut ne pas ponctionner l'œuf hydramniotique; on parera toujours ainsi aux accidents immédiats et si le travail ne se déclare pas, on peut toujours recommencer la ponction du second œuf par en bas.

c) *Le travail est déclaré.*

Ponctionner hâtivement les membranes et provoquer l'évacuation lente et progressive du liquide amniotique; puis se comporter comme dans les cas d'avortement simple.

CONCLUSIONS

I. — Nous avons pu réunir 43 observations de grossesses gémellaires interrompues par des avortements.

II. — L'interruption de la grossesse se produisit avec une prédilection marquée dans le courant du cinquième mois.

III. — Il s'est agi, dans la majorité des cas (31 contre 12), de multipares.

IV. — Sur 37 observations où fut spécifiée la variété de la grossesse gémellaire, les grossesses univitellines l'emportent de beaucoup : 33 grossesses univitellines, dont trois monoamniotiques, contre 4 bivitellines.

V. — Dans la plupart des cas, est apparue une hydramnios aiguë, à marche rapide : elle fut notée dans 37 observations.

Cette hydramnios imposa, en raison des signes fonctionnels, une intervention, qui précipita l'avortement chez 21 malades.

VI. — Dans quatre cas, les deux fœtus étaient macérés ; dans cinq cas, un seul l'était.

VII. — La question de la syphilis, comme facteur pathogénique, reste entière; elle ne fut relevée d'une façon indiscutable que dans trois observations.

VIII. — L'avortement s'est fait le plus souvent par l'expulsion successive et rapide des deux fœtus.

Le deuxième fœtus fut deux fois expulsé dans ses membranes; une fois, dans un œuf complet; une fois, en même temps que le premier ; une fois, 5 heures après.

IX. — La délivrance s'est faite, spontanément et sans incidents, chez 34 malades ; chez neuf, il y eut une hémorragie ; chez huit, on dût pratiquer la délivrance artificielle.

X. — Le pronostic des avortements gémellaires ne paraît pas avoir une particulière gravité : nous n'avons relevé ni décès, ni complications graves.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
COMMANDEUR

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 21 novembre 1925,
Pour le Recteur et par délégation,
Le Vice Président du Conseil de l'Université,
L. JOSSERAND

BIBLIOGRAPHIE

- ABERNATH. — Hydramnios, polydramnios, dropsy of the amnios. Alabama. M. J. Birmingh. 1902-03, XV, 563-565.
- ALFIERI. — Gravidanza a bigemina monocoriale et monoamniotica. *Annali de Obstetricia*, 1903, n° 4, 5, 7, 8.
- ANDERODIAS. — Avortement gémellaire avec un des fœtus derodyme et monoanencepale. *Revue Mensuelle de Gynécologie, Obst. et Pédiâtrie de Bordeaux*, mars 1903.
- APERT. — Les jumeaux, 1923. Librairie Ernest Flammarion.
- ARZAC. — Traitement de l'hydramnios aiguë. *Thèse de Bordeaux*, 1901.
- J.-W. BALLANTYNE. — Abortion of four fœtuses; one of which was monstrous. *The Brit. Med. Journal*, 20 juin 1896, p. 1505.
- BAR. — Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios. *Thèse de Paris*, 1881.
- *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Paris, III, 1889, 185.
 - L'art des accouchements. T. II, 528.
 - Remarques sur quelques cas de gémellité. *Bull. de la Soc. d'Obstétrique de Paris*, avril 1907.
 - Hérédo-syphilis et jumeaux. *Société d'Obstétrique de Paris*, 14 juin 1920.
- BAR et ELEUTERESCU. — Placenta et fœtus dans les grossesses gémellaires univitellines. *Obstétrique*, Paris, 1897, II, 270-273.
- BARBÉZIEUX. — Contribution à l'étude de l'hydramnios. De l'état de développement du fœtus dans les cas d'hydramnios. *Thèse de Paris*, 1889.

- BATESCU. — Idramnios-spitalul Bucuresci, 1897, XVII, 196-241.
- BEQUAIN M. — *Thèse de Lyon*, 1910.
- De l'hydramnios précoce dans les grossesses gémellaires.
- BETTI. — Un case di hydramnios. *Bull. de Chir. Milano*, 1902, XVII, 64.
- BLANC. — De l'hydramnios aiguë. *Nouvelles Arch. d'Obstr. et Gynéc.* 117-126, 1886.
- BOCQUET. — Traitement de l'hydramnios. *Journ. Obst. et Gynécologie*, 20 mars 1907.
- BOISSARD. — Hydramnios et grossesse gémellaire. *Journal des Praticiens*, 26 octobre 1901.
- BONNAIRE. — De la valeur de l'exploration du corps de l'utérus dans le diagnostic précoce de la grossesse. *Obs-tétr.*, Paris, 1903, VIII, 385-407.
- BOUCHACOURT et VALENCY. — Hydramnios avec accidents graves dans une grossesse gémellaire univitelline. Avortement provoqué. Guérison. *Société d'Obstétrique*, Paris, 1904, 16 juin.
- BOUSQUET. — Etiologie de l'hydramnios aiguë. *Thèse de Bordeaux*, 1897.
- BRINDEAU. — Hydramnios à marche aiguë. *Journal des Praticiens*, février 1911.
- L'art des accouchements, T. II, p. 528.
- Deux observations non publiées.
- BRINDEAU et Cyrille JEANNIN. — Grossesse gémellaire mono-amniotique et hydramnios aiguë. *L'Obstétrique*, 1908, p. 605.
- BRINDEAU et GEORGHIN. — Sur un cas d'hydramnios dû à un sarcome du rein du fœtus. *Revue obstétricale internationale*, Toulouse, 1897, 111-148.
- CHASANAVA. — Hydramnios aiguë. *Th. de Lausanne*, 1902.
- CHAMBRELAND. — Grossesse gémellaire avec hydramnios. *Revue Mensuelle de Gynécologie, Obst. et Pédiatrie de Bordeaux*, 1901, III, 28-30.
- CHARPENTIER. — *Archives de Tocologie*, Paris, 1880. T. VII, p. 385-449-541-593. — *Archives de Tocologie*, juin-octobre 1890.

- CHRÉTIEN. — Accouchement gémellaire avant terme, compliqué d'hydramnios. Malformations fœtales. *Bull. Méd. de Québec*, 1901, I, 513-524.
- CLAVAUD-RIBOURJON. — Hydramnios gémellaire. *Thèse de Paris*, 1896.
- COHN. — Hydramnios aiguë de six mois. *Bull. et Mémoire Soc. de Bucarest*, mars 1906.
- COUVELAIRE. — Avortement thérapeutique pour grossesse gémellaire de 8 mois compliquée d'hydramnios des deux œufs. *Revue d'Obstétr. et de Pédiatrie*, septembre 1906.
- Hérédo-syphilis et jumeaux, in *Apert*, p. 78.
- DARGEIN. — Anatomie et pathogénie de la grossesse gémellaire. *Th. de Toulouse*, 1903.
- DARGEIN et ETCHEVERRY. — Un cas de grossesse gémellaire. *Toulouse Médical*, 1902, 2, IV, 115-117.
- DARNIS. — Contribution à l'étude de la pathogénie de l'hydramnios. *Thèse de Paris*, 1890.
- DEJOUAÑY. — Des signes et du diagnostic de la grossesse gémellaire. *Journal de Médecine. Paris*, 1901, 2 s., XVI, 51-53.
- DELARUE. — Hydropisie de l'amnios, de son influence. *Th. de Paris*, 1836.
- DELASSUS. — Note sur l'hydropisie de l'amnios. *J. des Sc. méd. de Lille*, 1886, VIII, 607-610.
- Etude sur l'hydropisie. *Th. de Paris*, 1881.
- DUBUISSET. — De l'hydropisie de l'amnios. *Th. de Paris*.
- ELEUTERESCU. — *Thèse de Paris*, 1896. Grossesses uni et bivitellines.
- FALLNER (O.). — Ein Klinischer beitrag zur lehre von hydramnios. *Monatschr. v. gebursch. v. gynach.* Berlin, 1903, LXVIII, 376-387.
- FLORENTINE. — Amniotic. hydrop. ascite. andovariotomy; recovery. *Annales gynéco.* Toledo, 1892.
- FORSELL (M.). — Avortement trigémellaire à chorion commun et à 3 amnios. *Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie*, 1912.
- FOURNIER (Edmond). — Hérédo-syphilis. *Thèse de Paris*, p. 26.
- GEISLER. — Grossesse monoamniotique. *Thèse de Halle*, 1898.

- GOCHLERT. — Hérité de la gémellité, in Apert. Les jumeaux, p. 65.
- GODSON. — A case of hydramnios. *The British Med. Journal*, mars 1903.
- GUÉRIN-VALEMALE. — Avortement gémellaire à 2 mois. *Montpellier Méd.*, 1903, XVI, 595.
- GUILLET. — Grossesse gémellaire. Difficultés du diagnostic dans les cas de présentation antéro-postérieure du fœtus. *Gazette Médicale de Nantes*, 1897, 8, XVIII, 130-132.
- HUBERT (E.). — Hydramnios, grossesse gémellaire. Laparotomie. Ponction de l'œuf par le vagin. Expulsion de deux fœtus morts. Guérison. *Rev. Méd. Louvain*, 1894, XIII, 5-8.
- JACOPIN. — *Thèse de Nancy*, 1906-07. La gémellaire à Nancy.
- R. JAY. — Contribution à l'étude de la grossesse gémellaire. *Thèse de Paris*, 1921.
- JEANNIN. — Deux cas d'hydrop. avec hydramnios considérable. *Société d'Obstétric. de Paris*, 7 juillet 1910.
- JULLIEN. — Documents statistiques. *Thèse de Paris*, 1897.
- KERRECH (C.-L.). — De l'hydramnios Louisville. *M. Month*, 1897-98, 14.
- KOMINSKI. — Hydramnios acutus cured by ponction of the uterus. *Przel. lek. Karkow*, 1895, XXXIV, 558-569.
- LAMBL. — Ein Zeltener Fall für hydramnios. *Centralblatt für gynéco.* Leipzig, 1881.
- LEBEDIEW. — Contribution à l'étude de l'hydramnios. St-Petersbourg, 1879.
- LEGAGE. — Contribution à l'étude clinique de l'hydramnios. *Thèse de Paris*, 1903.
- LEPAGE. — *Annales de gynécologie*, 1888.
- LEVRET. — Traitement des accouchements (1761).
- Mac-CLINTOCK. — Acute hydram. *Obst. J. Gr. Brit.*, Londres, 1880, VIII, 631-633.
- *Dublin J. M. Sc.*, 1880, 3 s., LXIX, 533-540.
- *Proc. Dubl. Obst. Soc.*, 1879-80, XLII, 94-107.
- MANTEL. — *Archives de Tocologie*, 1888.
- MARCH. — Statistique officielle internationale, p. 45, Apert.

- MARSHALL. — Acute hydram. Wites notes of a case occuring with uniovular twins about the 18 th of pregnancy. *Journal obst. and gyne. Brit. Emp., London*, 1914, XXV.
- MAURICEAU. — Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes. Paris, 1838, p. 265.
- MAYGRIER. — Un placenta de grossesse gémellaire univitelline. *Bulletin et Mémoire de la Société obstétrique et gynécologique de Paris*, 1897, 145-149.
- Présentation d'un placenta de grossesse gémellaire univitelline. *J. de Méd.* Paris, 1897, 2 s., IX, 332.
- Grossesse gémellaire univitelline. *Obstétrique*, Paris, 1897, II, 301-306.
- MAYGRIER et DEMELIN. — Etude clinique de l'avortement multiple et en particulier de l'avortement gémellaire. *Archives de Tocologie et de Gynécologie*, 1892, p. 81.
- MERKLIN (P.). — Etude des rapports de la syphilis et de la gémellité, *in* Apert, p. 78.
- MONGUZZI (L.). — Iddramnios e procidenza del cordone ombelicale. *Arte Obst.* Milano, 1901, XV, 28-30.
- MONTGOMERY. — Acute hydramnios, Phila. M. Times, 1884-85, XIII, 693. — *Méd. News. Phila.*, 1883, XLIII, 723.
- MELMANN (Mlle). — Hérédité de la gémellité. *Thèse de Genève*, 1910.
- NINAUD. — Hydramnios aiguë. *Thèse de Paris*, 1893.
- OPITZ. — *Centralblatt für Gynackologie*, 1898, p. 553.
- Analyse, *in* *obstétrique*, 1898, p. 553.
- OUI. — De l'hydramnios. *Rev. prat. obst. et de pédiâtr.* Paris, 1895.
- PAPIN. — De l'hydropisie de l'amnios. *Thèse de Paris*, 1843.
- PELZER. — Ueber das Acute hydramnios. Bonn., 1897.
- PERRET. — Grossesse gémellaire. *Revue obstétricale internat. Toulouse*, 1897.
- PHOCAS. — Grossesse gémellaire, hydramnios, ponction, guérison. *Annales gynéco. Obstétrique*, Paris, 1890, 361-367.
- PIERI (X.). — Grossesse gémellaire. *Revue obstétrique internat. Toulouse*, 1897.

- PINARD. — *Annales de gynéco. obst.* XXIX. Ann. p. 183, p. 175. — VI^e Congrès gynéco. et obst. — Concours méd. 1902, p. 274.
- PLAUCHU. — L'hydramnios précoce à marche rapide et des difficultés de son diagnostic. *Lyon Médical*, 22 mars 1908.
- POLOSSON. — Diagnostic de la grossesse gemell. dans certains cas d'hydramnios aiguë. *Lyon Médical*, 4 septembre 1898.
- POPOFF (Mlle). — Du rôle de la syphilis dans les grossesses gémellaires. *Thèse de Genève*, 1908.
- PORACK. — Grossesse gémellaire à circulation dépendante. *Bull. et Mém. de la Soc. d'obstétriq. et gynéco. de Paris*, 1897, 145-149.
- Grossesse gémellaire à circulation dépendante. *J. de Méd. de Paris*, 1897, 2, 13, IX, 370, 375.
- POZZI. — Traité de gynécologie clinique et opératoire.
- RÉMY. — Grossesse gémellaire et hydramnios aiguë. *Arch. de tocolog. et de gynécolog.*, 1892, p. 455.
- REGLADE (J.). — Contribution à l'étude de l'hydramnios aiguë au cours de la grossesse gémellaire univitelline. *Thèse de Paris*, 1920.
- REZZA. — Intorno et due casi di hydram. acuto. *Lucina*, Bologne, 1916, XXI, 135.
- RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. — Traité d'obstétrique.
- ROUDENI. — Gravidanza gemellare. Idramnios casistica. *Lucina* Bologne, 1901, XII, 10-11.
- ROUDZEIC (V.). — Contribution à l'étiologie de l'hydramnios aiguë et à l'étude de l'origine du liquide amniotique. *Wrath. Saint-Petersbourg*, 1894, 13 octobre, XV, 1122.
- RUDAUX. — Sur le traitement de l'hydramnios aiguë. *La Clinique*, 1906-07.
- RUMBAUM. — *Thèse de Würzburg*, 1893.
- SALLINGER. — *Thèse de Zurich*, 1875.
- SANTOS. — Hydramnios et grossesse triple. *Centralblatt für gynac.*, 1898, p. 282.
- SAUVAU. — Hydramnios aiguë, obst. int. *Marseille Médical*, 1913, *Journal Méd.*, Paris, 1913.
- SCARPA. — *Opusculi di chirurgico*, 1825, p. 181.

- SCHATZ. — Die gewassferbindungen der placenta Kreislauf.
Archiv. für gynack. B. xxiv-xxix.
- SÉDILLOT. — *Journal de Sédillot*. T. VI, An. VIII.
- SEEGERT (P.). — Statistique relative à la grossesse gémellaire.
Zeitschr. f. geb., 1903. Bd. XLIV. Heft. 2. p. 206.
- SION. — Contribution à l'étude de l'hydramnios aiguë et de son traitement. *Thèse de Paris*, 1896.
- TARNIER. — Hydropisie de l'amnios. *J. des sages-femmes*, Paris, 1897, XXV, 313-315, 328-329, 337.
- TARNIER et BUDIN. — Traité d'accouchement.
- THIGLIARINI. — Ricerche istologiche scell'epiteleo e sulle paracheratosi dell amnios umano. *Arch. per le soc. med.* Torino, XXIV, 229.
- TILLAUX. — La ponction de l'utérus dans l'hydrop. aiguë.
Gaz. Hôpit., 1886, 749.
- TILMAN. — Mort d'un fœtus dans la gémellaire. *Thèse de Paris*, 1896.
- TORRES-FABREGAT. — Etiologia, patogenia y tratamiento del hidroamnios. *Arch. de obst. gine. y pediat.* Madrid, 1883, III, 367-371.
- TRIBONE. — *Clinica moderna*, 1895.
- VELPEAU. — Traité, 1835.
- VERHOEL (L.). — Enucléation d'un gros fibrome sous-séreux, au cours d'une grossesse gémellaire compliquée d'hydramnios. *J. de chir. et ann. soc. belge de chirurgie.* Bruxelles, 1901, I, 550-556.
- VÉRON. — De la valeur séméiologique de l'hydropisie de l'amnios dans l'auto-intoxication gravidique. *Bull. Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, Rennes, 1903, XII, 451-456.
- VERRIER. — De quelques difficultés qui se rencontrent dans le diagnostic de la grossesse gémellaire. XIII^e Congrès int. de méd. Section d'obst., 1900, Paris, 1901, Compte rendu, 492-498.
- VILLA. — *Annales obstétricales et gynécologiques*, Milano, août 1898.

VON FRANGUI (O.). — Zur Kenntniss der amnios anomalicen.
Monatschr. f. geburtsch von gynack. Berlin, 1897, VI,
36-41.

VULPIAN. — *Mém. de la Société de Biologie*, 1858.

WILSON. — *The American Journal of obstetric*, 1897.

WOLFF. — Zur symptomatologic der akuten hydramnion.
Centralblatt f. gynak. Leipzig, 1894, XIII, 1153-1155.

TABLE DES MATIERES

Introduction et historique.....	9
Conduite à tenir dans l'avortement multiple...	13
Chapitre II. — Recherches personnelles. Observations.....	17
Chapitre III. — Etude clinique	75
1. — Fréquence de l'avortement gémellaire....	75
2. — Date d'interruption de la grossesse	77
3. — Parité et âge de la mère.....	77
4. — Etude de l'œuf et hydramnios aiguë à marche rapide	79
5. — Etiologie, Pathogénie.....	86
6. — Marche et diagnostic de la grossesse....	88
7. — Description de l'avortement gémellaire..	88
8. — Evolution et Pronostic.....	89
9. — Traitement de l'avortement gémellaire ..	90
Conclusions.....	93
Bibliographie.....	95
